

Universidade de Lisboa  
Instituto de Geografia e Ordenamento do Território



**Acessibilidade dos idosos aos cuidados de saúde primários:  
Uma abordagem em contexto de urbanização dispersa na AML**

**Marcela Sofia Santos Barata**

Dissertação orientada pelo  
Prof. Doutor Nuno Marques da Costa

Mestrado em Sistemas de Informação Geográfica e Modelação Territorial  
aplicados ao Ordenamento

2021

Universidade de Lisboa  
Instituto de Geografia e Ordenamento do Território



**Acessibilidade dos idosos aos cuidados de saúde primários:  
Uma abordagem em contexto de urbanização dispersa na AML**

**Marcela Sofia Santos Barata**

Dissertação orientada pelo  
Prof. Doutor Nuno Marques da Costa

Júri:

Presidente: Professor Doutor Paulo Alexandre Morgado Sousa do Instituto de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Lisboa

Vogais:

- Doutora Rita da Mata Graça Roquette e Silva do Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Departamento de Epidemiologia;
- Professor Doutor Nuno Manuel Sessarego Marques da Costa do Instituto de Geografia e Ordenamento do Território da Universidade de Lisboa

2021



## Agradecimentos

Quero deixar um enorme agradecimento a todos aqueles que de uma maneira ou de outra contribuíram para a concretização desta dissertação de mestrado.

Em primeiro lugar quero agradecer ao Professor Doutor Nuno Marques da Costa por me mostrar o fascínio pela geografia dos transportes e da saúde, bem como o incentivo, as sugestões e rigor necessário para levar a dissertação a bom porto. Juntamente gostava de agradecer à Professora Doutora Eduarda Marques da Costa por todas as oportunidades que me proporcionaram acreditando sempre nas minhas capacidades.

O meu especial agradecimento aos meus pais por me terem tornado no que sou hoje, e por apostarem sempre em mim e na minha formação académica. Não desfazendo a minha irmã que se tornou uma grande amiga, ajudando a ultrapassar os momentos difíceis ao longo da minha dissertação.

Um agradecimento ao meu namorado, Sávio, pela paciência e companheirismo, tornando este percurso académico mais fácil.

Agradeço também as minhas amigas que me apoiaram e ajudaram ao longo destes anos. Gostava de deixar também um agradecimento a todos os elementos do Centro de Estudo Geográficos pelo excelente espírito de trabalho e que tornaram o meio de trabalho mais animado e com ainda mais energia para realizar este estudo, estando sempre dispostos a partilhar o seu conhecimento e trocar ideias, enriquecendo ainda mais a minha experiência no percurso de investigação.

A todos vocês, o meu obrigada.





# Índice

Resumo.....	xiii
Abstract .....	xiv
1. Introdução.....	17
2. Saúde e envelhecimento.....	21
2.1. A saúde dos idosos em Portugal.....	21
2.2. Determinantes e estado de saúde .....	23
2.3. Serviço Nacional de Saúde – Rede de prestação de cuidados de saúde.....	25
2.4. Cuidados de Saúde Primários.....	26
2.5. Equidade no acesso aos cuidados de Saúde .....	34
3. Acessibilidade aos serviços de saúde .....	37
4. Metodologia .....	41
5. Caso de estudo .....	47
5.1. Área Metropolitana de Lisboa (AML).....	47
5.2. Terceira e quarta coroa da AML.....	49
5.3. Concelho de Palmela .....	54
5.3.1. Caracterização demográfica.....	54
5.3.2. Caracterização da rede de transportes .....	57
5.3.3. Caracterização dos equipamentos de saúde.....	59
5.3.4. Áreas de influência .....	62
5.3. Concelho de Sintra .....	66
5.3.5. Caracterização demográfica.....	66
5.3.6. Caracterização da rede de transportes .....	69
5.3.7. Caracterização dos equipamentos de saúde.....	71
5.3.8. Áreas de influência .....	76
6. Análise de resultados .....	81
6.1. Acessibilidades .....	81
6.1.1. Caso de Palmela .....	81
6.1.2. Caso de Sintra.....	99
6.2. Caracterização da Amostra .....	118
6.2.1. Caracterização Socioeconómica.....	118
6.2.2. Saúde.....	122
6.2.3. Deslocações.....	123
6.2.4. Procura dos CSP.....	126

7. Conclusões.....	135
Referências Bibliográficas .....	143
Documentos Legais .....	147
Páginas Web .....	148
Anexos .....	149

## Índice de Figura

Figura 1 - Age-Friendly Environments .....	22
Figura 2 - Evolução do número de USF – Modelo A e B.....	29
Figura 3 - Modelo organizativo do Sistema Nacional de Saúde Português .....	30
Figura 4 - Determinantes da desigualdade na saúde .....	34
Figura 5 - As cinco dimensões do acesso .....	39
Figura 6 - Fatores da utilização da bicicleta .....	44
Figura 7 - Evolução do total da população residente na região de Lisboa, entre 1991 e 2011	47
Figura 8 - Agrupamentos de Centros de Saúde da AML .....	48
Figura 9 - Divisão da AML em três coroas metropolitanas .....	49
Figura 10 - Divisão da AML em quatro coroas .....	50
Figura 11 - Freguesias do concelho de Palmela .....	54
Figura 12 - Evolução do total da população residente no concelho de Palmela, entre 1991 e 2011.....	55
Figura 13 - Proporção dos grandes grupos etários na população residente em Palmela (%) ..	56
Figura 14 - Rede viária de Palmela .....	58
Figura 15 - Equipamentos de cuidados de saúde.....	59
Figura 16 - Total de unidades funcionais por valência, em Palmela .....	61
Figura 17 - Total de horas diárias de funcionamento das unidades funcionais de Palmela .....	62
Figura 18 - Áreas de influência definidas pela DGS.....	63
Figura 19 - Áreas de influência das USF de Palmela.....	64
Figura 20 - Áreas de influência das UCSP de Palmela .....	65
Figura 21 - Freguesias do concelho de Sintra.....	66
Figura 22 - Evolução do total da população residente no concelho de Sintra, entre 1991 e 2011 .....	67
Figura 23 - Proporção dos grandes grupos etários na população residente em Sintra (%).....	68
Figura 24 - Rede de transportes de Sintra .....	71
Figura 25 - Equipamentos de cuidados de saúde.....	72
Figura 26 - Estrutura do modelo organizativo dos Centros de Saúde do ACES Sintra .....	72
Figura 27 - Total de unidades funcionais por valência, em Sintra .....	75
Figura 28 - Áreas de influência definidas pela DGS.....	76
Figura 29 - Áreas de influência das USF no concelho de Sintra .....	77
Figura 30 - Áreas de influência das UCSP no concelho de Sintra .....	79
Figura 31 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 3,5 km/h até aos CSP, em Palmela .....	83
Figura 32 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 3,5 km/h até às USF, em Palmela .....	83

Figura 33 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 3,5 km/h até às UCSP, em Palmela	84
Figura 34 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 1,6 km/h até aos CSP, em Palmela	86
Figura 35 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 1,6 km/h até às USF, em Palmela	86
Figura 36 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 1,6 km/h até às UCSP, em Palmela	87
Figura 37 - Acessibilidade da população idosa que utiliza a bicicleta até aos CSP, em Palmela	89
Figura 38 - Acessibilidade da população idosa que utiliza a bicicleta até às USF, em Palmela	89
Figura 39 - Acessibilidade da população idosa que utiliza a bicicleta até às UCSP, em Palmela	90
Figura 40 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o automóvel até aos CSP, em Palmela	92
Figura 41 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o automóvel até às USF, em Palmela	92
Figura 42 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o automóvel até às UCSP, em Palmela	93
Figura 43 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h até aos CSP, em Palmela	95
Figura 44 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h até às USF, em Palmela	95
Figura 45 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h até às UCSP, em Palmela	96
Figura 46 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h até aos CSP, em Palmela	98
Figura 47 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h até às USF, em Palmela	98
Figura 48 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h até às UCSP, em Palmela	99
Figura 49 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 3,5 km/h até aos CSP, em Sintra	101
Figura 50 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 3,5 km/h até às USF, em Sintra	101
Figura 51 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 3,5 km/h até às UCSP, em Sintra	102
Figura 52 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 1,6 km/h até aos CSP, em Sintra	104
Figura 53 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 1,6 km/h até às USF, em Sintra	104
Figura 54 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 1,6 km/h até às UCSP, em Sintra	105
Figura 55 - Acessibilidade da população idosa que utiliza a bicicleta até aos CSP, em Sintra	107
Figura 56 - Acessibilidade da população idosa que utiliza a bicicleta até às USF, em Sintra	107
Figura 57 - Acessibilidade da população idosa que utiliza a bicicleta até às UCSP, em Sintra	108
Figura 58 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o automóvel até aos CSP, em Sintra	110

Figura 59 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o automóvel até às USF, em Sintra .....	110
Figura 60 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o automóvel até às UCSP, em Sintra .....	111
Figura 61 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h até aos CSP, em Sintra .....	113
Figura 62 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h até às USF, em Sintra .....	113
Figura 63 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h até às UCSP, em Sintra.....	114
Figura 64 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h até aos CSP, em Sintra .....	116
Figura 65 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h até às USF, em Sintra .....	116
Figura 66 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h até às UCSP, em Sintra.....	117
Figura 67 - Grupos etários da amostra de Palmela .....	118
Figura 68 - Grupos etários da amostra de Sintra .....	118
Figura 69 - Estado civil da amostra, em percentagem .....	119
Figura 70 - Tipo de alojamento da amostra .....	120
Figura 71 - Rendimento mensal da amostra .....	120
Figura 72 - Situação profissional, no concelho de Sintra e Palmela.....	121
Figura 73 - Grau de escolaridade, no concelho de Sintra e Palmela.....	121
Figura 74 - Grau de dificuldade na caminhada .....	122
Figura 75 - Resposta à pergunta "De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde?".....	122
Figura 76 - Resposta à pergunta "Tem Automóvel?", no concelho de Palmela e Sintra .....	123
Figura 77 - Resposta à pergunta "É fácil caminhar no meu bairro/zona de resid./vizinhança (qualidade do passeio, presença de obstáculos...)", em Sintra e Palmela .....	124
Figura 78 - Resposta à "O meu bairro/zona de resid./vizinhança é bem servido de transportes públicos", em Sintra e Palmela .....	124
Figura 79 - Opinião dos TP na freguesia de Palmela .....	125
Figura 80 - Opinião dos TP na freguesia de Pinhal Novo .....	125
Figura 81 - Resposta à pergunta "Em relação aos transportes, tem passe social? ". no concelho de Palmela e Sintra.....	125
Figura 82 - Equipamentos de CSP mencionados pelos inquiridos no concelho de Palmela...	126
Figura 83 - Equipamentos de CSP mencionados pelos inquiridos na freguesia de Palmela...	126
Figura 84 - Equipamentos de CSP mencionados pelos inquiridos na freguesia de Pinhal Novo .....	127
Figura 85 - Modo de deslocação até aos CSP em Palmela.....	128
Figura 86 - Modo de deslocação até aos hospitais ou clínicas privadas em Palmela .....	129
Figura 87 - Equipamentos de CSP mencionados pelos inquiridos no concelho de Sintra .....	130
Figura 88 - Modo de deslocação até aos CSP em Sintra .....	130
Figura 89 - Modo de deslocação até aos hospitais ou clínicas privadas em Sintra.....	131

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Determinantes da saúde .....	24
Quadro 2 - Três modelos das Unidades de Saúde Familiar (USF) .....	28
Quadro 3 - Definição dos cuidados de saúde primários .....	33
Quadro 4 - Informação Geográfica .....	42
Quadro 5 - Velocidades máximas estipuladas no código da estrada português .....	44
Quadro 6 - Velocidades estipuladas para os diferentes troços da rede .....	45
Quadro 7 - Grupos etários por coroa da AML, 2011 .....	50
Quadro 8 - Áreas das freguesias em estudo, por coroa.....	51
Quadro 9 - População das freguesias em estudo, por coroa .....	52
Quadro 10 - Indicadores sociodemográficos, Sintra e Palmela .....	53
Quadro 11 - Indicadores de envelhecimento demográfico, Sintra e Palmela .....	53
Quadro 12 - Distribuição da população residente nas freguesias de Palmela.....	55
Quadro 13 - Modos de deslocação no concelho de Palmela .....	57
Quadro 14 - População residente e população inscrita nas unidades funcionais de Palmela..	60
Quadro 15 - Caracterização das freguesias sobre servidas ou apenas servida por CSP .....	62
Ao contrário da prestação de CSP realizados pelas UCSP, é visível que existem apenas duas USF no concelho de Palmela, localizadas nas duas freguesias demograficamente mais importantes, Pinhal Novo e Palmela (Quadro 16). As suas áreas de influência correspondem apenas às respetivas freguesias, deixando freguesia da Quinta do Anjo, Poceirão e Marateca sem prestação de um serviço de CSP praticada pelas USF.....	
Quadro 16 - Áreas de influência das USF de Palmela .....	63
Quadro 17 - Áreas de influência das UCSP de Palmela .....	65
Quadro 18 - Distribuição da população residente nas freguesias de Sintra .....	67
Quadro 19 - Modos de deslocação no concelho de Sintra .....	70
Quadro 20 - População residente e população inscrita nas unidades funcionais de Sintra .....	73
Quadro 21 - Caracterização das freguesias sobre servidas ou apenas servida por CSP .....	76
Quadro 22 - Áreas de influência das UCSP de Sintra .....	78
Quadro 23 - Áreas de influência das UCSP de Palmela .....	79
Quadro 24 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 3,5 km/h, em Palmela .....	82
Quadro 25 - População idosa sobre servida que caminha a velocidade de 3,5 km/h, em Palmela .....	82
Quadro 26 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 1,6 km/h, em Palmela .....	85
Quadro 27 - População idosa sobre servida que caminha a velocidade de 1,6 km/h, em Palmela .....	85
Quadro 28 - Acessibilidade da população idosa que utiliza a bicicleta, em Palmela.....	88
Quadro 29 - População idosa sobre servida que utiliza a bicicleta, em Palmela .....	88
Quadro 30 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o automóvel, em Palmela.....	91
Quadro 31 - População idosa sobre servida que utiliza o automóvel, em Palmela.....	91
Quadro 32 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h, em Palmela.....	94
Quadro 33 - População idosa sobre servida que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h, em Palmela .....	94
Quadro 34 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h, em Palmela.....	97
Quadro 35 - População idosa sobre servida que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h, em Palmela .....	97

Quadro 36 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 3,5 km/h, em Sintra .....	100
Quadro 37 - População idosa sobre servida que caminha a velocidade de 3,5 km/h, em Sintra .....	100
Quadro 38 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 1,6 km/h, em Sintra .....	103
Quadro 39 - População idosa sobre servida que caminha a velocidade de 1,6 km/h, em Sintra .....	103
Quadro 40 - Acessibilidade da população idosa que utiliza a bicicleta, em Sintra .....	106
Quadro 41 - População idosa sobre servida que utiliza a bicicleta, em Sintra .....	106
Quadro 42 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o automóvel, em Sintra .....	109
Quadro 43 - População idosa sobre servida que utiliza o automóvel, em Sintra .....	109
Quadro 44 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h, em Sintra .....	112
Quadro 45 - População idosa sobre servida que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h, em Sintra .....	112
Quadro 46 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h, em Sintra .....	115
Quadro 47 - População idosa sobre servida que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h, em Sintra .....	115
Quadro 48 - Cruzamento de Estado Civil com o agregado familiar .....	120
Quadro 49 - Tempo de deslocação de acordo com o modo de deslocação até aos CSP .....	129
Quadro 50 - Tempo de deslocação de acordo com o modo de deslocação até aos CSP .....	131
Quadro 51 - Cruzamento entre o modo de deslocação aos CSP com a dificuldade na caminhada .....	132
Quadro 52 - Cruzamento entre a opinião dos inquiridos sobre os TP e qual o modo de deslocação optado .....	133
Quadro 53 - Aquisição do passe social e qual o modo de deslocação adotado até aos CSP .....	134
Quadro 54 - Aquisição de automóvel e qual o modo de deslocação adotado até aos CSP .....	134
Quadro 55 - Proposta de novas áreas de influência das UCSP situadas no concelho de Sintra .....	138
Quadro 56 - Proposta de novas áreas de influência das USF situadas no concelho de Sintra .....	140
Quadro 57 - Proposta de novas áreas de influência das UCSP situadas no concelho de Palmela .....	140
Quadro 58 - Proposta de novas áreas de influência das USF situadas no concelho de Palmela .....	141

## Resumo

O envelhecimento tem vindo assumir-se como um grande desafio a enfrentar em Portugal. Na presença desta realidade é necessário definir estratégias para um envelhecimento ativo e saudável, de modo, a melhorar a qualidade de vida dos idosos e minimizar a exclusão social que afeta este grupo etário, facto que só é possível através de redução das assimetrias no acesso aos serviços de saúde, por vezes causadas pela falta de acessibilidade. A geografia das acessibilidades às unidades de cuidados de saúde primários (CSP), pode contribuir para um planeamento mais equitativo, permitindo adequar a oferta às necessidades da população, como forma de obter uma maior facilidade de acesso da população idosa aos serviços primários, uma vez que estes necessitam mais destes serviços de saúde.

A presente dissertação visa objetivamente entender as acessibilidades aos equipamentos de CSP por parte da população idosa residente na Área Metropolitana de Lisboa (AML) em áreas de urbanização dispersa, e tenciona ainda verificar, se as áreas de influência definidas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) se tornam numa barreira na capacidade de alcançar esses mesmos equipamentos de saúde.

Este estudo está assente na premissa de que a existência dos equipamentos de saúde é na maioria das vezes de fácil acesso, mas nem toda a população tem a mesma facilidade de alcançá-los (Raimundo, 2018). A facilidade no acesso muitas vezes está condicionada pela rede de transporte coletivos que suporta a deslocação da população idosa que não tem veículo próprio, surgindo a necessidade de perceber se a rede de transporte existente nestas áreas dá resposta a este grupo etário mais frágil na sua capacidade de locomoção.

Para a elaboração do presente estudo recorreu-se a uma análise de rede, de forma a perceber a distância-tempo segundo seis perfis definidos: perfil pedonal da população com baixa ou sem dificuldade na sua marcha; perfil pedonal da população com média ou elevada dificuldade na sua caminhada; perfil de bicicleta; perfil rodoviário; perfil de transporte público da população com baixa ou sem dificuldade na caminhada; perfil de transporte público da população com média ou elevada dificuldade. A necessidade de dividir a população idosa em dois perfis de caminhada surge da premissa em que a velocidade diminui com avançar da idade e do aumento da dificuldade ao caminhar (Silva *et al.*, 2012). Após a modelação da rede e análise dos resultados, esta foi complementada com a análise dos inquéritos, confrontando e avaliando as acessibilidades aos CSP nas áreas de estudo, 3 freguesias da AML, União de freguesia de São João das Lampas e Terrugem, Palmela e Pinhal Novo.

Através da modelação da rede foi possível comprovar que não obstante a existência dos equipamentos de CSP, nem toda a população idosa tem a mesma facilidade e possibilidade de alcançar esses mesmos equipamentos, devido à fraca rede de transportes públicos e à deficiente área de influência definida pelo SNS.

Os resultados obtidos pelos inquéritos demonstram que a população idosa utiliza o automóvel para colmatar a fraca rede de transporte públicos existentes em áreas de urbanização dispersa. A fim de reajustar as áreas de influência elaborou-se novas propostas, assegurando o potencial dos equipamentos já existentes na área de estudo.

**Palavras-chaves:** Acessibilidades; Cuidados de Saúde Primários; Área de influência; Áreas de urbanização dispersa



## Abstract

The ageing population is a major challenge for Portuguese society. It is necessary to define strategies for active and healthy ageing to improve the quality of life for the elderly population and to minimize social exclusion in this age group. This is only possible by reducing unequal access to health services, which can be caused by a lack of accessibility. More equitable planning is possible when considering the role of geography in access to primary health care facilities, as it can enable easier access to primary health care services for the elderly population, who use these services more frequently.

This dissertation aims to objectively study the accessibility of primary health care services for the elderly population living in more sparsely populated areas of the Lisbon Metropolitan Area to evaluate whether the National Health Service catchment areas have become a barrier to increasing the performance of these health care services.

This study is based on the premise that most health facilities are easily accessible, however, that not the whole population has such easy access (Raimundo, 2018). Easy access to health services is often conditioned by a public transport network that enables the movement of the elderly population without a private vehicle. Therefore, it is necessary to understand whether the existing transport network in these areas is adequate for the needs of this more vulnerable population.

To implement this study, a transport network analysis was used to understand the time and distance of six participant profiles: pedestrians with low or no difficulty walking; pedestrians with medium to high difficulty walking; cyclists; participants using private vehicles; participants using public transport who have low or no difficulty walking; participants using public transport with medium to high difficulty walking. The division of the elderly population into two walking modes is due to the decrease in both walking speed and mobility with advancing age. (Silva et al., 2012). The results of the transport network analysis and of the surveys were used to evaluate accessibility to the primary health care services in the three areas studied, São João das Lampas and Terrugem, Palmela and Pinhal Novo.

Through the modelling of the network, it was possible to demonstrate that despite the existence of primary health care services, not all elderly people have the same access to health services, due to the limited public transport network and the unsuitable catchment areas defined by the National Health Service.

The results of the survey results show that the elderly population use the car to overcome the limited public transport network in sparsely populated areas. New proposals have been elaborated to readjust the catchment areas, to maximise the potential of the existing services in the area studied.

**Keywords:** Accessibility; Primary Health Care; catchment area; Sparsely populated urban areas

## Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AE	Autoestradas
AML	Área Metropolitana de Lisboa
ARS	Administrações Regionais de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
BGRI	Base Geográfica de Referenciação da Informação
COS	Carta de Uso e Ocupação do Solo
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral da Saúde
EM	Estradas Municipais
EN	Estradas Nacionais
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
IC	Itinerários Complementares
INE	Instituto Nacional de Estatística
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PROT AML	Plano Regional de Ordenamento do Território da Área Metropolitana de Lisboa
SIG	Sistemas de informação Geográfica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
TP	Transporte Público
UF	União de freguesias
ULS	Unidades Locais de Saúde
URAP	Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidades de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública



# 1. Introdução

Portugal tem vindo a enfrentar um grande desafio, devido à baixa natalidade e ao aumento da esperança média de vida, levando a um aumento do índice de envelhecimento em Portugal entre 2011 a 2018, passando de 125,8 para 157,4 pessoas idosas por 100 jovens, gerando uma necessidade de reajustamento das políticas públicas portuguesas. Na presença do envelhecimento da população, a necessidade da prestação dos cuidados de saúde prestados a nível nacional tem aumentado, verificando assim uma tendência para melhorar estes serviços. Para que esta melhoria seja efetiva é preciso perceber como é que a distribuição dos equipamentos de cuidados de saúde primários (CSP) está ajustada à população idosa, de modo a assegurar a prevenção e prestação cuidados continuados de doenças que maioritariamente atinge este grupo etário. Este reajuste passa por duas vertentes, a primeira pela necessidade de existência de valências e recursos humanos e a segunda as acessibilidades dos idosos para alcançarem estes equipamentos de saúde, pois é um núcleo populacional vulnerável que está bastante dependente dessa oferta de serviços de saúde, devido à sua necessidade de mais cuidados de saúde comparativamente à restante população.

A existência de estudos relacionados com esta temática tem sido recorrente em áreas de baixa densidade, contudo a escassez de projetos de investigação incidentes nesta problemática em contexto de áreas urbanas com um padrão de baixa densidade populacional e de ocupação dispersa surge como arranque e interesse deste trabalho sobre as freguesias da AML, mas que estão a mais de 15 km do centro da cidade de Lisboa. Estas áreas apresentam uma fragmentação da ocupação do edificado, com uma rede de transportes menos consolidada e com uma população idosa. A população idosa é caracterizada por ser um perfil de população com características frágeis, nomeadamente com baixa mobilidade, alguns problemas de saúde que os impedem ou limitam de se deslocar de forma independente, através do veículo privado (Horner *et al.*, 2015), estando muitas das vezes dependente da rede de transportes públicos ou do modo pedonal a longa distância, aspetos que se tornam uma barreira para a acessibilidade aos CSP.

Através do presente quadro verificou-se a necessidade de entender as acessibilidades dos idosos aos CSP e quais as melhores soluções para combater as barreiras inerentes entre a população idosa e os serviços de CSP, de modo a possibilitar um bom acesso aos serviços de saúde de proximidade. Para tal, a presente dissertação teve na sua base duas questões de partida:

1. As áreas de influência definidas pelo SNS estão ajustadas à realidade demográfica?
2. A rede de transportes em contexto de urbanização dispersa dá resposta às necessidades da população idosa para se deslocar às unidades de cuidados de saúde primários definidas pela Serviço Nacional de Saúde (SNS)?

De forma a responder às duas questões apresentadas anteriormente e alcançar o objetivo principal da caracterização da oferta de serviços de CSP e quais as áreas mais carenciadas em termos de acessibilidade foi necessário definir três objetivos específicos:

1. Caracterização do perfil da população residente na área de estudo;
2. Análise da acessibilidade física (distância-tempo) aos equipamentos de CSP;
3. Confrontar as delimitações administrativas de cada equipamento de CSP definidas pelo SNS com o potencial de cobertura populacional a esses mesmo equipamentos.

Para a concretização dos objetivos da dissertação foi necessário recorrer a diversos métodos no decorrer do estudo. Iniciado com a recolha bibliográfica de métodos e conceitos já realizados correspondentes à temática em estudo, de seguida procedeu-se à recolha de dados estatísticos, cartográficos e dados referentes aos equipamentos de CSP.

A modelação da rede em sistemas de informação geográfica através da ferramenta *Network Analysis* do ArcGis possibilitou a concretização da análise de redes considerando o modo rodoviário, bicicleta, modo pedonal e a deslocação por transportes públicos coletivos, salientando que estes dois últimos modos foram subdivididos em dois perfis, a população que não tem dificuldade na sua caminhada ou tem baixa dificuldade, e a população que tem média ou elevada dificuldade na sua marcha. Estes perfis apresentam uma mais valia neste estudo visto tratar-se de uma população onde a sua mobilidade vai regredindo à medida que a idade avança, podendo assim prever-se as condições futuras. Assim, a análise da rede desta dissertação apresenta áreas de cobertura por diferentes graus de acessibilidade física, confrontando o uso potencial e o uso real devido às limitações das áreas de influência impostas pelo SNS. Após a conceção da caracterização da oferta e o seu potencial recorreu-se à realização de inquéritos para perceber qual o modo de deslocação mais utilizado nas áreas com urbanização mais dispersa, para além disto pretendeu-se perceber se a rede de transportes públicos respondia as necessidades da população idosa, como também perceber a caracterização da população e confrontar a informação analisada pelos dados recolhidos.

A presente dissertação encontra-se estruturada em 7 capítulos, estando agrupados em duas partes. A primeira parte do estudo incorpora os três primeiros capítulos, correspondendo a um enquadramento teórico, de forma a contextualizar o leitor sobre a temática e conceitos aprofundados ao longo do trabalho.

O estudo inicia-se com o primeiro capítulo, descrevendo uma breve introdução, onde refere a pertinência e importância no contexto atual do estudo desenvolvido, como também apresenta os objetivos a alcançar e qual a metodologia adotada para responder aos objetivos e questões de partida.

O segundo capítulo, titulado como “Saúde e envelhecimento”, é composta por cinco subcapítulos, primeiramente refere a necessidade da saúde na população idosa e quais os determinantes de uma melhor qualidade de saúde. Posteriormente apresenta uma síntese da rede do SNS e como esta está estruturada, e a caracterização dos diversos serviços de CSP e a equidade na saúde em Portugal.

O terceiro capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos, o primeiro apresenta a consolidação do conceito principal da dissertação, acessibilidades, referindo os principais modelos e teorias desenvolvidos no âmbito desta temática. O segundo está mais direcionada para a temática da acessibilidade à saúde, referindo métodos e estudos realizados para solucionar a temática em estudo.

A segunda parte da dissertação foca-se no âmbito empírico, iniciando com o quarto capítulo, designado por “Metodologia”. Neste capítulo descreve-se todos os métodos

aplicados para a concretização dos objetivos da investigação, como também a descrição do tratamento dos dados e a elaboração da rede em ambiente SIG.

O quinto capítulo, encontra-se dividido em três níveis de estudo, primordialmente faz-se a contextualização da área metropolitana em estudo. Posteriormente a caracterização das diferentes freguesias da AML por coroas, tendo maior enfoque na terceira e quarta coroas. Por último, a realização da análise das características socioeconómicas, como também uma caracterização geográfica e dos equipamentos de CSP no concelho de Palmela e Sintra.

No sexto capítulo realizou-se a análise dos resultados obtidos com o presente estudo. Este capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos, o primeiro trata-se das acessibilidades aos equipamentos de CSP de acordo com cada perfil analisado, confrontando o uso potencial e o uso real de acordo com as áreas de influência de cada concelho em estudo. O segundo subcapítulo é composto pela caracterização da amostra recolhida através dos inquéritos, constituindo uma caracterização socioeconómica, da saúde dos inquiridos, das deslocações praticadas pela amostra e a procura pelos equipamentos de CSP existentes na sua área residencial.

Para concluir, o sétimo capítulo apresenta os principais resultados e confronta-os com as questões de partida, tal como as limitações encontradas, propostas de soluções e indicações para futura investigação relacionada com a temática da dissertação.



## 2. Saúde e envelhecimento

### 2.1. A saúde dos idosos em Portugal

Devido à complexidade dos limites das classes etárias, o envelhecimento é uma temática bastante vasta e difícil de analisar. Quando se trata da população idosa não existe uma caracterização direta e uniforme deste perfil populacional, onde muitas vezes as análises efetuadas sobre esta temática subdividem-se em várias classes, podendo ser aplicado sobre a população com mais de 60 anos, 65 anos ou até mesmo 80 anos ou mais. Contudo o envelhecimento tem vindo a assumir um grande desafio a enfrentar em Portugal, gerando uma necessidade de reajustamento das políticas públicas portuguesas e a realização de estudos no âmbito desta temática.

Segundo Rosa (2012) e Pinto (2006) Portugal, na década de 1980, apresentava uma população menos envelhecida do que a maioria dos atuais países da UE27. Atualmente é um dos países mais envelhecidos do espaço europeu, com uma esperança de vida a ultrapassar os 80 anos, mais elevada do que a média da União Europeia, em que 21% da população tem 65 ou mais anos, e o número de pessoas com mais de 75 anos é superior a um milhão (Ministério da Saúde, 2018).

A população residente em Portugal tem envelhecido de forma contínua nas últimas décadas, com particular aumento da faixa etária superior a 85 anos. Apresentando uma diminuição forte no número de jovens e um aumento acentuado no registo de pessoas idosas, o índice de envelhecimento em Portugal em 2018 atingia os 157,4 e 136,6 na AML. Ao comparar com os valores verificados para 2011, ocorreu uma visível subida, pois o índice correspondia anteriormente a 125,8, em Portugal e a 118,6 na AML.

No entanto, é necessário salientar que este aumento relativo de pessoas idosas foi devido à perda de importância dos outros grandes grupos etários face à população idosa (Pinto, 2006). A autora afirma que o declínio da fecundidade, associado ao declínio da mortalidade e aumento da esperança de vida, é um dos binómios responsáveis pelo processo de envelhecimento. Para além destes dois indicadores que dão nova forma à estrutura populacional, Tomé *et al.*, (2014) afirma existir um terceiro indicador, a emigração.

Na presença deste conjunto de fatores ocorreu uma alteração no modelo demográfico português, passando de uma elevada fecundidade e mortalidade para uma redução desses valores, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades e alargamento do topo, representando uma redução de efetivos populacionais jovens e um acréscimo de efetivos populacionais idosos.

No entanto, o aumento da esperança de vida só constitui um progresso real da sociedade se não for acompanhado de uma diminuição da qualidade de vida das pessoas idosas, surgindo o conceito de “esperança de vida sem incapacidade” (Pinto, 2006). Este conceito surgiu em 1985 com a conferência da Organização Mundial de Saúde (OMS), onde é afirmado que “dar mais vida aos anos e não apenas mais anos à vida”, onde a esperança de vida sem incapacidade constitui um objetivo.

Mais tarde, em 2012, a mesma OMS retoma a temática publicando um novo relatório “*Good health adds life to years*” onde os desafios e as oportunidades para os idosos darem continuidade à sua participação na sociedade são apresentados como elemento para o envelhecimento com saúde. A OMS lançou quatro novas propostas para uma abordagem para um envelhecimento sustentável e ativo: Promover uma boa saúde e comportamentos



saudáveis em todas as idades de modo a prevenir ou retardar o desenvolvimento de doenças crónicas; minimizar as consequências de doenças crónicas através da deteção precoce e atendimento de qualidade através de cuidados de saúde primários e paliativos; criar ambientes físicos e sociais que promovam a saúde e a participação social dos idosos; mudar atitudes sociais para incentivar a participação dos idosos, com a necessidade de desenvolver novos modelos de envelhecimento que ajudem a criar uma sociedade futura onde queremos viver.

Suportado neste princípio, a OMS (2017) promoveu uma rede global para cidades e comunidades mais amigas dos idosos, comprometendo-se a melhorar os aspetos físicos e sociais do meio físico, incluído as acessibilidades, transportes, vínculos entre gerações e serviços da sociedade, como os serviços de saúde (Figura 1).

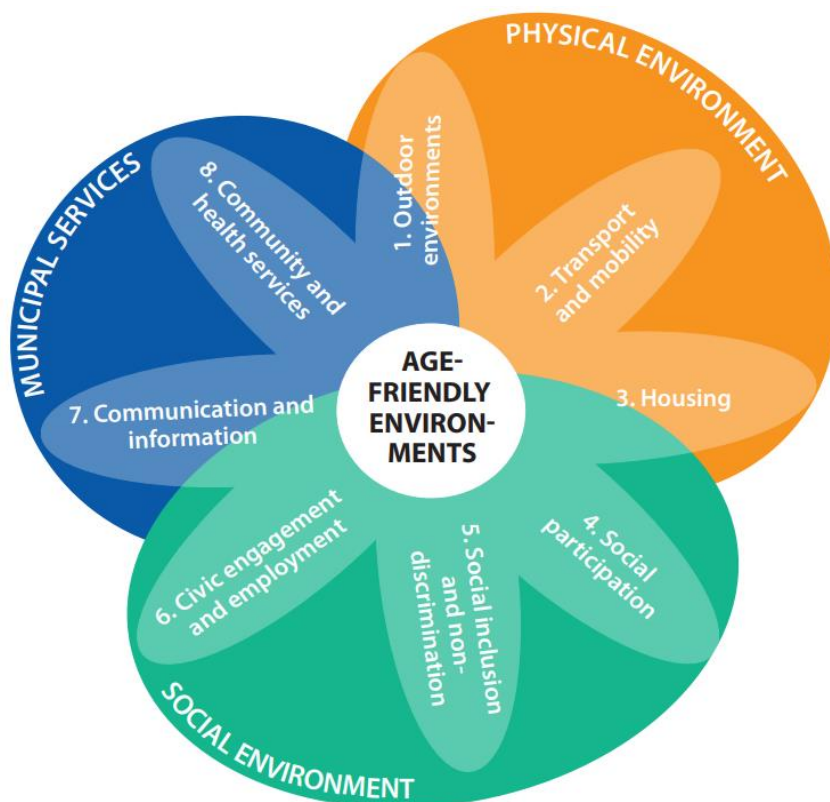


Figura 1- Age-Friendly Environments  
Fonte: OMS, 2017

O Retrato da Saúde, 2018, afirma que “Portugal segue uma tendência dos países ditos desenvolvidos”(Ministério da Saúde, 2018, p.5) , ou seja, vivem mais anos, no entanto ao contabilizar o indicador “número de anos de vida saudável vividos depois dos 65 anos” verifica-se que é um dos países com menor número de anos de vida saudável depois dos 65 anos, concluindo que os portugueses vivem mais anos, mas vivem com mais comorbilidades durante os seus últimos anos de vida, nomeadamente, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, obesidade e doenças oncológicas. Com o aumento de doenças agudas ou crónicas nos idosos é fundamental realçar a necessidade dos cuidados primários, devido à sua expectável necessidade de acessibilidade fácil e continuada (Wallace *et al.*, 2015).

Segundo Cabral *et al.*, (2013), ao acréscimo do desenvolvimento de doenças crónicas existe um crescente número de idosos confrontados com problemas acrescidos de autonomia e uma maior dependência de outros, onde se incluem os apoios sociais e familiares.

Em 2014, Tomé *et. al.*, comprovaram que a proporção de indivíduos que vivem sozinhos ou compartilham a casa apenas com mais uma pessoa estava a aumentar, refletindo que os idosos vivem especialmente em famílias pequenas com ausência de filhos ou cônjuge, gerando uma maior dependência e necessidade de apoio da comunidade e serviços de saúde locais, podendo tornar-se ainda mais necessário em situações de crise económica.

De acordo com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006) “49% das pessoas que integram o grupo etário entre os 65 e os 74 anos e 54% dos que têm 75 ou mais anos, consideram a sua saúde como má ou muito má. Num estudo mais recente, das pessoas entrevistadas com 65 e mais anos, 12% declararam precisar de ajuda para o exercício de atividades de vida diária e 8% declararam ter sofrido, no último ano, pelo menos um acidente doméstico ou de lazer. De notar, ainda, que 52% das pessoas idosas inquiridas referiram viver na companhia de apenas uma pessoa e 12% referiram viver em situação de isolamento” (DGS, 2006, p.8).

Juntamente com este relatório, a Direção Geral da Saúde (DGS) confirma a importância da promoção da saúde e os cuidados de prevenção dirigidos às pessoas idosas, de modo a possibilitar um aumento da longevidade e a melhoria da saúde e na qualidade de vida, ajudando a racionalizar os recursos da sociedade. No entanto a DGS afirma que “embora existam múltiplas iniciativas e medidas dirigidas às pessoas idosas em vários sectores e a vários níveis da sociedade, não existe, ainda, uma estratégia nacional, regional e local, verdadeiramente cimentada, que promova o envolvimento das várias medidas numa perspectiva integrada, ao longo da vida, para um envelhecimento activo” (DGS, 2006, p. 13), onde o modelo atual de prestação de cuidados de saúde está mais direcionado para responder e aos episódios agudos de doença “torna-se portanto desadequado, para responder às necessidades de saúde de uma população em envelhecimento” (DGS, 2006, p. 13), sendo necessário apostar em serviços de proximidade e de apoio ao domicílio.

Na presença deste quadro, com um grande número de idosos a que corresponde grande parte da população de risco, é necessário investir nos cuidados primários de saúde e serviços domiciliários assegurando a qualidade devida deste grupo vulnerável “tendo o apoio necessário aos idosos que são relevantes para os padrões demográficos e sociais do século XXI” (OMS, 2012, p. 23), como também proceder a estudos que objetivem os problemas de saúde a que a população portuguesa (Pinto, 2006).

Mendes *et al.*, (2017) perante o envelhecimento da população e o tipo de perfil das pessoas idosas que utilizam os cuidados de saúde primários (CSP), salienta a importância da integração e continuidade dos cuidados de saúde de modo a garantir que os utentes têm a possibilidade de aceder ao tipo e intensidade de cuidados que necessitem.

## **2.2. Determinantes e estado de saúde**

A OMS (2012) afirma que uma boa qualidade de saúde está no centro de qualquer resposta bem-sucedida ao envelhecimento, garantindo que as pessoas permanecem saudáveis e com vidas mais longas. Defende também que ao investir na saúde não só diminui as doenças, como ajuda a prevenir o isolamento e traz benefícios mais amplos para a sociedade, mantendo a independência e produtividade da população idosa.

Segundo George (2011) 70% dos determinantes da saúde dos cidadãos estão fora do sector da saúde. Estes determinantes podem ser agrupados em 5 categorias:

1. fixos ou biológicos (idade, sexo, fatores genéticos);

2. sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social);
3. ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social);
4. estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual);
5. acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer).

<b>Categoria</b>	<b>Fatores</b>
Fixo ou Biológico	Idade
	Sexo
	Fatores genéticos
Sociais e Económicos	Pobreza
	Emprego
	Posição socioeconómica
	Exclusão social
Ambientais	Habitat
	Qualidade do ar
	Qualidade da água
	Ambiente social
Estilos de Vida	Alimentação
	Atividade física
	Tabagismo
	Álcool
	Comportamento sexual
Acesso aos Serviços	Educação
	Saúde
	Serviços sociais
	Transportes
	Lazer

Quadro 1 - Determinantes da saúde  
 Fonte: Franco (2017), a partir de George (2011)

O estado de saúde de um indivíduo resulta da combinação destes diferentes fatores. O relatório “Retrato da Saúde” (2018) afirma que “a saúde é um dos mais poderosos fatores de integração e coesão sociais, mas também de geração de riqueza e bem-estar” (Ministério da Saúde, 2018, p.5), apelando para uma maior aposta nos fatores modificáveis, ambientais e comportamentais, de modo alterar os comportamentos de risco comuns que posteriormente conduzem ao desenvolvimento de doenças crónicas.

Salientando três grandes fatores, o rendimento, determinante que condiciona o acesso a bens e serviços essenciais à saúde e bem-estar; o emprego; e a educação, apresentado como um forte condicionante para os comportamentos e estado de saúde dos cidadãos, devido à facilidade de acesso à informação, beneficiando dos novos conhecimentos, adotando comportamentos mais saudáveis comparativamente a população com menos instrução e com menor literacia em saúde. Está comprovado que “as pessoas com nível educacional mais elevado têm menor propensão para sofrer de doenças crónicas, incluindo problemas de saúde mental, como depressão ou ansiedade. De facto, é nestes indivíduos que se registam prevalências mais baixas de hipertensão arterial, obesidade e diabetes” (Ministério da Saúde, 2018, p.12). Se atendermos a que a população com baixa escolaridade corresponde a uma faixa da população mais envelhecida, verificamos o aumento da fragilidade deste grupo etário.

## **2.3. Serviço Nacional de Saúde – Rede de prestação de cuidados de saúde**

Portugal reconheceu o direito à saúde na Constituição de 1976, através de novas políticas de saúde (OMS, 2008 e Sousa, 2009). A pressão social para reduzir a enorme falta de equidade na saúde, assimetrias regionais e sociais da população do país, e o reconhecimento do direito à saúde por parte de todos os cidadãos conduziu à criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS). O SNS é constituído por uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, financiada por impostos e complementado por esquemas de seguros públicos e privados e pagamentos diretos (OMS, 2008).

O SNS surge em 1979, ao abrigo da Lei nº 56/79, com o objetivo de assegurar o direito à proteção da saúde individual e coletiva, e garantir um acesso aos cuidados de saúde tendencialmente gratuito, geral e universal a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. De acordo com o artigo 6º, alínea 2 “O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.”

De acordo com a Lei nº 95/2019<sup>1</sup>, a Lei de Bases da Saúde, ao abrigo da Base 20, “O SNS é o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde.” Atuando sobre 8 princípios, sendo 2 deles a equidade “promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis” e a proximidade “garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde” (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, Base 20, Alínea 2.e. g.).

Com a criação das Administrações Regionais de Saúde (ARS) ao abrigo do Decreto-Lei nº 254/82 ocorreu uma descentralização da organização do SNS. Em 2007, com o Decreto-Lei nº 222/2007, as ARS passam atuar sobre 5 regiões correspondentes à Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) II, previstas no Decreto-Lei nº 317/99, sendo responsáveis pela prestação de saúde à população existente nessas regiões. Tendo autonomia administrativa com o objetivo de “planear e gerir coordenadamente as acções que envolvem a promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e reabilitação, promovendo o máximo aproveitamento, ao menor custo, dos recursos existentes nas estruturas do sector oficial e do sector privado da saúde” (Decreto-Lei nº 254/82, artigo 3).

Um ano mais tarde surgem os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) com o Decreto-Lei nº 28/2008, tendo como objetivo “garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (Decreto-Lei nº 28/2008, artigo 3, alínea 1), tendo delimitação geográfica e populacional, devendo corresponder à NUTS III e o número de população residente não deve ser inferior a 50000 nem superior 200000. Os ACES são um serviço de saúde descentralizados da respetiva ARS, no entanto estão sujeitos ao seu poder de direção, sendo constituídos por várias unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários de um ou mais centros de saúde (CS).

Deste modo, o SNS assegura o direito à proteção de saúde através de todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente:

---

<sup>1</sup> A Lei nº 95/2019 revogou a anterior Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90 de 24 de agosto

- Os agrupamentos de centros de saúde (ACES);
- Os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação;
- As unidades locais de saúde (ULS) (SNS, 2020).

Os Cuidados de Saúde Primários são um vínculo importante para o SNS, uma rede ordenada e hierarquizada de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde, sob a superintendência ou a tutela do Ministério da Saúde (Decreto-Lei nº 11/93).

Assim, o modelo de SNS surge “como a melhor forma de garantir os valores do acesso, da equidade e da solidariedade social. O SNS tem evoluído de forma muito significativa ao longo dos últimos anos, com progressos claros ao nível da eficiência, do acesso, da qualidade e da sustentabilidade” (Ministério da Saúde, 2018, p. 5).

O Programa do XVIII Governo Constitucional afirma que o SNS é uma das marcas de sucesso da democracia, sendo o principal pilar do sistema de saúde, com uma política centrada no cidadão e orientada para mais e melhor saúde. “Portugal considera esta rede o maior sucesso em termos de melhoria no acesso a cuidados e de ganhos em saúde” (OMS, 2008, p.3), onde progressivamente tem vindo a abranger todo o país, através da sua política de cobertura universal (OMS, 2008). No entanto, no mesmo programa referido, é frisado que existe uma necessidade de aprimorar a qualidades dos resultados e corrigir as desigualdades ainda existentes, passando por ganhos no acesso aos cuidados de saúde.

A DGS surge como um organismo central do Ministério da Saúde, integrado na administração direta do Estado, com autonomia administrativa.

De modo a promover o setor público, privado e social, a DGS implementou o Plano Nacional de Saúde (PNS). Este documento tem em grande consideração as recomendações e acompanhamentos da OMS, com o objetivo de ir ao encontro de orientações e estratégias das políticas de saúde, “de modo obter mais ganhos em saúde para a população portuguesa, assegurando a equidade, qualidade e sustentabilidade do sistema de saúde” (DGS, 2019). Este vínculo está estruturado em 4 grandes eixos estratégicos transversais: Cidadania em saúde, equidade e acesso adequado aos centros de saúde, qualidade na saúde e políticas saudáveis. De acordo com o Programa do XVII Governo Constitucional, o PNS deve permitir escolher onde e como investir, para mais ganhos alcançar.

## 2.4. Cuidados de Saúde Primários

O Programa do XVII Governo Constitucional (2005 – 2009) reconheceu os CSP como o pilar central do SNS, sendo através destas unidades funcionais que os indivíduos e as famílias têm o primeiro nível de contacto com o sistema de saúde. Estes equipamentos encontram-se situados na proximidade das populações com um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados contínuos de doenças crónicas, possibilitando uma maior equidade e melhores níveis de saúde (Decreto-lei nº 118/2014).

A primeira rede de centros de saúde em Portugal, foi definida em 1971, através do Decreto-Lei n.º 413/71, tendo vindo a fortalecer-se e qualificar-se continuamente até aos dias de hoje (Plano Nacional de Saúde, 2012-2016). Esta iniciativa antecipou-se aos conceitos introdutório da OMS, apresentados em 1978, em Alma-Ata, na Conferência Internacional sobre CSP, declarando os centros de saúde como cuidados saúde primários (Sousa, 2009). Esta conferência tinha como objetivo lançar um desafio aos governos mundiais, com o intuito de

consciencializar a necessidade de promover a saúde e a sua igualdade perante todos os povos, atingindo “um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva” (OMS, 1978). Afirmando tratar-se de uma importante meta social mundial, com necessidade de ação de outros setores para além do setor da saúde, tal como, setores sociais e económicos. Na conferência é frisada a urgência dos “governos elaborarem estratégias nacionais com metas bem definidas e desenvolvem e apliquem planos de ação para assegurar a acessibilidade aos CSP, atribuindo a prioridade mais alta às áreas e aos grupos desservidos, e procedam à reavaliação dessas políticas, estratégias e planos de CSP, a fim de assegurar seu ajustamento a estágios mais avançados de desenvolvimento” (OMS, 1978).

Nesta conferência ficou definido o papel dos CSP, os quais se baseiam na utilização de métodos e tecnologias práticas, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade. Estes cuidados de saúde representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, das famílias e da comunidade com o sistema nacional de saúde, estado localizados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde. (OMS, 1978)

Na mesma linha de pensamento, a OMS (2018) afirma que os CSP devem focar-se nas pessoas e não nas doenças. Tendo como horizonte o bem-estar físico, mental e social, promovendo a saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos. Com o objetivo de abranger a totalidade da população de modo a fornecer serviços de saúde eficiente e eficaz à mesma, surgindo como estratégia-chave para o acesso universal e a melhor saúde para a população mundial. Afirmando que uma maximização da distribuição de saúde e bem-estar é possível através de três componentes:

“o atendimento às necessidades de saúde das pessoas ao longo das suas vidas; abordar os determinantes da saúde através de políticas e ações multissetoriais; capacitar os indivíduos, famílias e comunidade para cuidar da sua própria saúde” (OMS, 2018, p.40).

Tendo em conta as considerações da OMS, através do relatório Retrato da Saúde, o Ministério da Saúde afirma que “Numa lógica de proximidade e humanização dos serviços, olha-se, cada vez mais, o cidadão como o centro do sistema. É nesse sentido que a prestação de cuidados se tem vindo a reorganizar, integrada num quadro de transparência, inovação e responsabilidade social, permitindo melhorar o acesso à saúde e, conseqüentemente, reduzir as desigualdades. Isto a par de uma melhoria da gestão dos recursos humanos, com enfoque no reforço e na valorização do “capital humano” do SNS. Fazendo da capacitação dos cidadãos uma prioridade, a promoção da saúde e a prevenção da doença são dois eixos fundamentais e transversais a todos os níveis de prestação de cuidados de saúde” (Ministério da Saúde, 2018, p.5).

Estes cuidados são a base do SNS numa perspetiva de continuidade de cuidados e de articulação com outros serviços de saúde e da comunidade.

Em 2008, surge o novo modelo enquadrador e de gestão dos cuidados de saúde, que viria acontecer em 2009, dando início à constituição dos ACES identificando como “entidades do SNS com autonomia administrativa para prestar cuidados à população de uma determinada área geográfica integrando unidades funcionais de diferentes tipologias com autonomia organizativa e técnica para a prestação de cuidados específicos” (SNS, 2018, p.6).

Estas unidades funcionais surgem da nova reforma sectorial em 2005, que foi relançada em 2016, onde os CS sofreram uma reorganização gradual com ganhos evidentes na melhoria da qualidade, acesso, efetividade, eficiência e equidade aos cuidados de saúde, com a implementação das USF (Firmino-Machado *et al.*, 2017 e Ministério da Saúde, 2018).

A reestruturação dos CS através da criação de Unidades de Saúde Familiar (USF) apresentado no Programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009) e no Plano Estratégico, do Ministério da Saúde, em 2010, teve como foco a melhoria da qualidade de cuidados de saúde prestados, com maior proximidade, fácil acessibilidade e obtenção de ganhos em saúde (Ministério da Saúde, 2010). Integrando, assim, todos os serviços e profissionais, enquadrados nas Unidades funcionais criadas, com o objetivo de aumentar a capacidade de resposta do SNS (Ministério da Saúde, 2018).

Como é visível no quadro 2, as USF estão organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C. Estes modelos são diferenciados pelo o seu grau de autonomia organizacional, pelo modelo retributivo e de incentivos dos profissionais, e pelo modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico (Despacho n.º 24 101/2007).

Modelo A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar;</li> <li>• Primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna;</li> <li>• Fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar;</li> <li>• Regras e remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao sector e às respetivas carreiras dos profissionais que as integram;</li> <li>• Possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário;</li> <li>• Contratualizar o cumprimento de metas, que se traduz em incentivos institucionais a reverter para as USF.</li> </ul>
Modelo B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipas com maior amadurecimento organizacional;</li> <li>• Trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva;</li> <li>• Nível de contratualização de desempenho mais exigente;</li> <li>• Participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos;</li> <li>• Regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.</li> </ul>
Modelo C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo experimental, a regular por diploma próprio;</li> <li>• Carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS</li> <li>• Definidas em função de quotas estabelecidas por administração regional de saúde (ARS) e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído;</li> <li>• Abrange as USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde;</li> <li>• Sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua atividade num contrato-programa estabelecido com a ARS respetiva, através do departamento de contratualização, e sujeitas a controlo e avaliação externa desta ou de outras entidades autorizadas para o efeito, com a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos.</li> </ul>

Quadro 2 - Três modelos das Unidades de Saúde Familiar (USF)

Fonte: Despacho n.º 24 101/2007

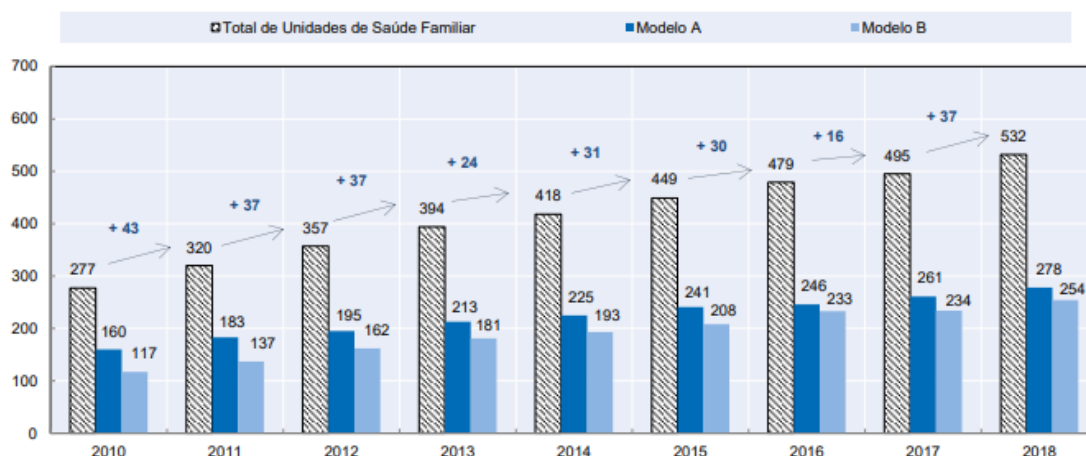


Figura 2 - Evolução do número de USF – Modelo A e B  
Fonte: SNS, 2018

Como resulta do Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de abril “Esta nova rede de prestação de cuidados de saúde primários, para além de continuar a garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, deverá também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde ou hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença”, com uma divisão em cinco tipos de unidades funcionais:

1. Unidades de Saúde Familiares (USF);
2. Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP);
3. Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC);
4. Unidade de Saúde Pública (USP);
5. Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (SNS, 2017).

As USF e UCSP são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, com estruturas idênticas, ainda que as UCSP apresentem um modelo de prestação de cuidados personalizados mais tradicional (Ministério da Saúde, 2018). Ambas seguem a carteira básica de serviços, igual em tipo e qualidade, no entanto, o horário, os serviços adicionais ou complementares e o número de cidadão abrangidos é diferente. Respondendo à prestação de cuidados de saúde à população inscrita nas listas dos médicos existentes numa determinada área geográfica, garantido, assim boa acessibilidade, globalidade, qualidade e a continuidade de cuidados de saúde (SNS, 2020). Estas unidades funcionais prestam serviços clínicos de apoio comum que estão ao abrigo da medicina geral e familiar e de enfermagem, como vigilância, promoção e prevenção de doenças em diversas fases da vida através de vacinação, saúde oral, saúde mental, saúde infantil e do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto ou idoso, saúde materna, planeamento familiar e rastreio oncológico; cuidados em situação de doenças aguda; acompanhamento clínico das situações de doença crónica, como diabetes *mellitus*, doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão arterial e patologia múltipla; cuidados ao domicílio.



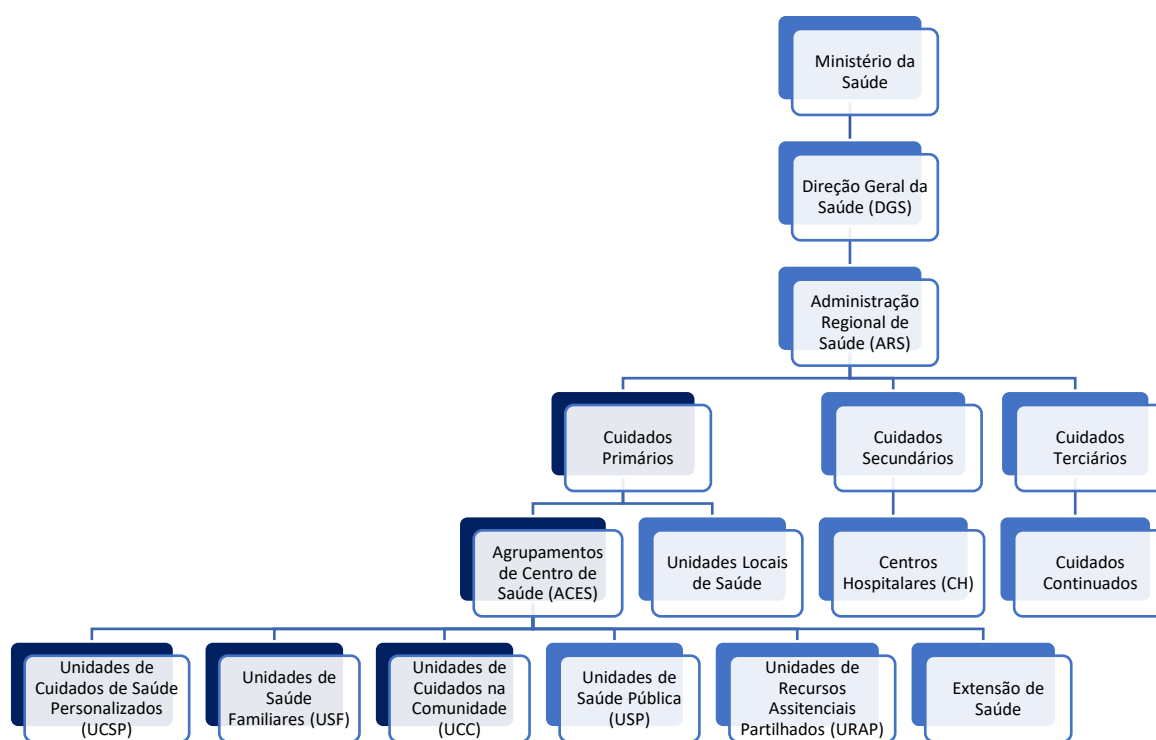


Figura 3 - Modelo organizativo do Sistema Nacional de Saúde Português  
Fonte: Elaboração própria, a partir de SNS (2017)

Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional e auto-organizada, com autonomia organizativa funcional e técnica (Programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009 e Relatório anual sobre acessos cuidados de saúde, 2015), onde a prestação de serviços é garantida por médicos, enfermeiros, pessoal administrativo e profissionais de saúde com uma preparação médica de nível médio (Ministério da Saúde, 2006 e Decreto-Lei 298/2007). Muitos dos cuidados são essencialmente fornecidos por enfermeiros, sendo o principal grupo de profissionais de saúde nestas unidades funcionais (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2008).

De acordo com o Relatório Anual sobre Acessos aos Cuidados de Saúde (2015) as unidades prestadoras de cuidados de saúde primários encontram-se integradas em ACES e em Unidades Locais de Saúde (ULS). De modo a complementar as ACES, as ULS “são entidades públicas empresariais que têm por objeto principal a prestação integrada de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população residente na área geográfica por ela abrangida, assegurando ainda as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde” (SNS, 2015, p.14).

De acordo com a OMS citado por Freitas (2018), os CSP conseguem dar resposta a 90% dos problemas de saúde do indivíduo e da comunidade. Em contrapartida, LINNEAUS Euro-PC citado por Silva (2017) afirma a assistência em CSP é responsável por quase 80% dos relatos de problemas de saúde a pessoal médico, em comparação com 5% para os cuidados hospitalares. No mesmo relatório os valores de satisfação dos utentes também são relativamente baixos, com 63% apresenta uma satisfação positiva com o serviço prestado pelos CSP, e 67% de satisfação do acesso às unidades funcionais.

Segundo Botelho (2016) é necessário redefinir a dimensão dos ACES, afirmando que as dimensões delimitadas pelos ACES e CS se encontram desajustadas às realidades em que se inserem. O relatório final elaborado em 2019 pelo ministério da saúde relativo à reforma do SNS confirma a necessidade do melhoramento e aproveitamento dos CSP, onde os cuidados de saúde devem ser personalizados e de proximidade à população, prestados por uma equipa multidisciplinar com autonomia, a trabalhar em rede com a comunidade.

O Programa do XXII Governo Constitucional (2019 – 2023) reconhece a necessidade de reforçar os CSP, afirmando que o melhor caminho para atingir a meta da cobertura universal em saúde é apostar nestas unidades funcionais. Revendo e universalizando o modelo das USF, tendo em consideração a dinâmica e realidade de cada região, garantindo uma equipa de saúde familiar a todos os portugueses, dando ênfase aos territórios de baixa densidade, com a criação de unidades móveis que possam prestar em proximidade cuidados de saúde primários.

Os CSP têm como objetivo principal a melhoria do nível de saúde da população, em articulação permanente com os hospitais, da área territorial por eles abrangida, juntamente com os cuidados de saúde continuados (Decreto-lei 60/2003).

Tipologia	Definição da Unidade Funcional integradas em ACES <sup>1,2</sup>	População inscrita	Serviços Prestados	Equipa
Unidades de Saúde Familiares (USF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presta cuidados de saúde individuais e familiares, com autonomia técnica;</li> <li>- Responsável pela prestação dos cuidados de saúde que constam da respetiva carteira adicional de serviços;</li> <li>- 3 modelos de gestão e organização: A, B e C.</li> </ul>	4 000 - 18 000 utentes <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assegurar o plano nacional de vacinação;</li> <li>- Saúde da mulher;</li> <li>- Planeamento familiar;</li> <li>- Vigilância da gravidez;</li> <li>- Cuidados pré-concecionais;</li> <li>- Cuidados em situação de doença aguda;</li> <li>- Acompanhamento das situações de doença crónica e patologia múltipla;</li> <li>- Saúde infantil e juvenil;</li> <li>- Saúde do adulto e idoso;</li> <li>- Cuidados no domicílio;</li> <li>- Gestão da saúde;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos;</li> <li>- Enfermeiros;</li> <li>- Administrativos</li> </ul>
Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presta cuidados de saúde personalizado, garantindo a acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos;</li> <li>- Estrutura idêntica á prevista para USF, mas a sua existência não depende de um processo de candidatura e tem menos autonomia técnica do que a USF.</li> </ul>	3 000 – 18 000 utentes <sup>4</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assegurar o plano nacional de vacinação;</li> <li>- Saúde da mulher;</li> <li>- Planeamento familiar;</li> <li>- Cuidados em situação de doença aguda;</li> <li>- Acompanhamento das situações de doença crónica e patologia múltipla;</li> <li>- Cuidados no domicílio;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos;</li> <li>- Enfermeiros;</li> <li>- Administrativos</li> </ul>

<p>Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)</p>	<p>- Presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e em situação de maior risco, dependência física e funcional ou doença que requeira de acompanhamento próximo.</p> <p>- Atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, e participa na rede nacional de cuidados continuados, integrando a equipa coordenadora local.</p>	<p>População inscrita nos CS de referência e residentes<sup>5</sup></p>	<p>- Cuidados de saúde e apoio psicológico e social;</p> <p>- Apoio domiciliário e comunitário a pessoas com dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo;</p> <p>- Projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência;</p> <p>- Promoção na educação para a saúde, na criação de redes de apoio às famílias e no recurso a unidades móveis de intervenção;</p> <p>- Promover, organizar e participar na formação técnica externa, designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar, bem como no voluntariado;</p> <p>- Participação de atividades para a intervenção precoce a crianças;</p> <p>- Projetos de promoção de estilos de vida saudável.</p>	<p>- Médicos;</p> <p>- Enfermeiros;</p> <p>- Assistentes sociais;</p> <p>- Psicólogos;</p> <p>- Nutricionistas;</p> <p>- Fisioterapeuta;</p> <p>- Terapeutas da fala;</p> <p>- Outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos</p>
-------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Unidade de Saúde Pública (USP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atua como observatório de saúde da população inserida na área geodemográfica do ACES em que se integra;</li> <li>- Elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos;</li> <li>- Colaborar no exercício das funções de autoridade de saúde.</li> </ul>	Não se aplica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a recolha, análise e difusão de informação relativa aos problemas de saúde da sua população;</li> <li>- Promoção da Saúde Escolar, Oral e combate à obesidade;</li> <li>- Gestão e participação na execução de programas e projetos de prevenção primária da doença, proteção ou promoção da saúde;</li> <li>- Promover a vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis e infecciosas;</li> <li>- Elaboração de propostas de planos locais de saúde respetivas estratégias para o ACES;</li> <li>- Promover a participação em projetos de investigação em saúde e defesa das populações em situações de exposições a riscos para a saúde;</li> <li>- Promover trabalhos em rede com as estruturas locais, em escolas e autarquias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos de saúde pública;</li> <li>- Enfermeiros de saúde pública ou saúde comunitária;</li> <li>- Técnicos de saúde ambiental</li> </ul>
Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unidades funcionais integrada num ACES;</li> <li>- Presta serviços assistenciais e de consultoria às unidades funcionais e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.</li> </ul>	Não se aplica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presta serviços assistenciais e consultoria às unidades funcionais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicos de várias especialidades (sem ser Medicina Geral e familiar);</li> <li>- Assistentes sociais;</li> <li>- Psicólogos;</li> <li>- Nutricionistas;</li> <li>- Técnicos de saúde oral;</li> <li>- Fisioterapeutas</li> </ul>

Quadro 3 - Definição dos cuidados de saúde primários

Fonte: Elaboração própria, a partir de INE (2019), ACSS (2020), ERS (2016) e Ministério da Saúde (2007,2008,2009)

<sup>1</sup> Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2020

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Estatística, 2019

<sup>3</sup> Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto, artigo 3º, adaptado

<sup>4</sup> Entidade Reguladora da Saúde, 2016

<sup>5</sup> Despacho n.º 10143/2009, artigo 8, alínea d) e Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, artigo 11º, alínea 1 e 3

## 2.5. Equidade no acesso aos cuidados de Saúde

A equidade na saúde pode ser definida como a capacidade do sistema de saúde de dar resposta a toda a comunidade, dando a cada cidadão igual oportunidade de atingir o seu potencial de saúde. A equidade entende-se como ausência das injustas diferenças sistemáticas que poderiam ser evitáveis e possíveis de modificar, surgindo em diversos contextos sociais, geográficos ou demográficos.

Segundo Wee e Geurs (2011) existem duas perspetivas de equidade e acessibilidade: Equidade social, tendo em conta o rendimento das pessoas e equidade social, considerando o espaço onde o indivíduo reside, sendo que muitas vezes estes tipos de equidade se sobrepõem.

O conceito de equidade na saúde primordialmente foi debatido pela OMS, em 1986, na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, onde ficou aprovado a Carta de Ottawa. Esta carta surge da concretização de vários documentos que até então foram criados, como a declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata, e nesse seguimento a carta contém as orientações para atingir a saúde para todos, centrando-se na procura da equidade em saúde, afirmando que existe uma necessidade de um compromisso político.

Whitehead (1992) citado por Albrecht *et al.*, (2017), afirma que as pessoas menos favorecidas economicamente têm maior probabilidade de adoecer, considerando que existe uma diferença no perfil da saúde entre grupos sociais que se encontram num mesmo território. Assim, o autor, afirma que o conceito de equidade expressa a existência de oportunidades justas para toda a população, de modo atingir o seu potencial em saúde, frisando que ninguém devia ser menos favorecido de atingir esse potencial, cabendo às intervenções de política reduzir ou eliminar as diferenças em saúde. Whitehead (1992) afirma que as desigualdades no acesso surgem quando os recursos ou instalações estão distribuídos de forma desigual, com maior concentração nas áreas urbanas e mais prósperas. Em resultado, as comunidades carentes tendem a sofrer apresentar piores níveis de saúde, designando-se como “lei de cuidados inversos”, significando que os serviços estão menos disponíveis onde são mais necessários.

Braveman e Gruskin (2003) define a equidade em saúde como ausência de disparidades na saúde e nos seus principais determinantes sociais, colocando sistematicamente grupos sociais que já estão socialmente desfavorecidos, devido à idade ou disponibilidade financeira, em desvantagem adicional em relação à sua saúde, enfatizando que equidade não é equivalente a igualdade. De acordo com Rueda *et al.*, (2008) a população idosa tem tendência a apresentar uma maior dificuldade no acesso aos cuidados de saúde quando comparada com as restantes classes etárias.

A medição da desigualdade na saúde pode ser efetuada de três maneira: pela necessidade de saúde medindo a procura através da avaliação das necessidades da saúde; pelo acesso aos cuidados de saúde, medindo a oferta, como o uso de serviços de saúde ou área de influência; pela qualidade dos cuidados de saúde (Blackwood e Bindra, 2009).



Figura 4 - Determinantes da desigualdade na saúde

Fonte: elaboração própria, a partir de Blackwood e Bindra (2009) e Rueda *et al.*, (2008)

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tem como objetivo assegurar, promover e garantir o direito de acesso universal, equitativo e igual a todas as pessoas ao serviço público de saúde (Decreto-Lei nº 309/2003 de 10 de dezembro). De acordo com o relatório “Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS” desenvolvido pela ERS, as barreiras ao acesso dos CSP estão agrupadas em cinco dimensões: proximidade, capacidade, adequabilidade, aceitabilidade e esforço financeiro.

De acordo com o Decreto-Lei nº 60/ 2003 “Sendo hoje reconhecidos os problemas que o Serviço Nacional de Saúde enfrenta, designadamente a existência de défices quanto à acessibilidade e equidade dos cuidados de saúde e um crescimento descontrolado das despesas públicas, é imperioso e urgente que o sistema público tradicional centralizador e excessivamente burocratizado possa dar lugar a uma nova rede integrada de serviços de saúde”

Marmot *et al.*, (2012) afirma que os ministros da saúde têm claramente um papel fulcral ao garantir o acesso universal a serviços de saúde de boa qualidade. Juntamente, Mendes (2017) afirma que a continuidade de cuidados de saúde é um direito dos cidadãos, primordialmente quando requerem uma maior intervenção multiprofissionais em situações crónicas ou complexas.

Num estudo efetuado em 2009, pela ERS sobre o acesso aos CSP foi considerado que a rede dos CSP foi distribuída de forma a abranger em simultâneo as áreas de 30 minutos de viagem (distância em estrada), tendo como pressuposto que “todos os utentes têm acesso a transporte em automóvel privado, o que não corresponderá inteiramente à realidade” (ERS, 2009, p.28). No entanto esta rede ignora “a questão da disponibilidade, qualidade e/ou diversidade de meios de transporte público, que claramente exerce efeito sobre o acesso em termos da proximidade, uma vez que se está a tratar de distância e tempo de viagem até aos estabelecimentos” (ERS, 2009, p.28). Posteriormente Santana apresenta um estudo onde comprova que ocorreu um aumento nas unidades de prestação de serviços de cuidados primários, densificando a rede de CSP. O estudo teve incidência a nível nacional, comprovando que é “possível prestar um serviço de boa acessibilidade geográfica a 70,2% da população (reside a menos de 10 minutos de transporte privado de um CS)” (Santana, 2010, p.5), registando-se um aumento de cerca de 10% comparativamente a 1997, que apresentava um valor de 59,9%.

A reorganização dos CSP, imposta com o PNS 2012/2016, surge como uma necessidade de obtenção de ganhos na saúde, melhoria da equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde. A melhoria do estado da saúde e da redução das desigualdades na saúde são cada vez mais reconhecidos como indicadores essenciais para reduzir a pobreza. Deste modo, com a Lei de Base de Saúde publicada em 2019, as políticas de saúde são centradas na promoção da saúde e prevenção de doenças, com a “igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, a garantia da equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade” (Lei nº 95/2019, 4 de setembro, Base III), frisando que cabe ao Estado promover e garantir a todos os cidadãos o melhor acesso ao SNS, corrigindo as desigualdades aos cuidados, numa lógica de equidade na distribuição dos recursos, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis (Decreto-Lei 23/2019 e Lei de Base), sendo que o Plano Nacional de Saúde para 2020 dá uma continuidade de visão dos planos anteriores, tendo como segundo eixo estratégico a equidade no acesso aos cuidados de saúde.



### 3. Acessibilidade aos serviços de saúde

A acessibilidade desde há muito que é estudada em diversos contextos e segundo diferentes perspetivas. A acessibilidade física surge como uma prioridade para a Geografia, devendo ser medida de acordo com a distância e tempo de percurso. No entanto, também é vantajoso medir a acessibilidade em termos económicos, como o custo de viagem e preço dos serviços, ou em termos socioculturais, como as barreiras linguísticas ou classes sociais (Remoaldo, 2003).

Segundo Marques da Costa “a acessibilidade constitui uma característica que qualifica uma localização realçando a facilidade de se alcançarem determinados pontos num território. À medida que o movimento se torna mais fácil, mais barato ou menos demorado, a acessibilidade aumenta, e com ela a propensão à deslocação, aumentando, desta forma, a capacidade potencial de interação entre lugares”. O mesmo autor afirma que a acessibilidade para além de ser uma medida de qualidade de cada localização, também qualifica a rede e o sistema de transportes que servem o território, “uma vez que são estes que permitem o acesso aos diferentes lugares no espaço e que determinam a facilidade de os alcançar” (Marques da Costa, 2007, p.24). Morris *et al.*, (1979) define a acessibilidade como uma medida espacial que mede a facilidade de um indivíduo alcançar uma atividade através de um sistema de transporte, tendo em consideração o modo de transporte, o tempo atendendo à estrutura urbana onde se desenvolve a deslocação. Os indivíduos têm diferentes necessidades de mobilidade e dessa forma do uso do transporte, e essas necessidades mudam ao longo da sua vida. Devido a essa complexidade, não existe uma resposta direta sobre como se deve prestar o serviço de transporte de forma justa (Randal *et al.*, 2019). No entanto, a configuração e organização do sistema de transportes representam um fator que contribui para a exclusão ou inclusão social, podendo agravar as disparidades existentes quando a população apresenta condições de mobilidade que dependem fortemente da utilização do transporte individual ou quando os custos dos transportes públicos se encontram desajustados aos rendimentos médios dos utilizadores. Por outro lado, quando o sistema de transporte presta um serviço generalizado e universal, torna-se um meio de inclusão social, tendo a capacidade de atender “às necessidades do conjunto de cidadãos mais idosos, ou portadores de incapacidade física, ou, e muitas das vezes de forma cumulativa, aos grupos sociais menos solventes” (Marques da Costa, 2007, p.24). Assim, Jones (1981) afirma que a acessibilidade de cada um e a capacidade de participar numa dada atividade está condicionada pelo sistema de transportes existentes num determinado território.

Segundo Cardoso e Matos (2007) a acessibilidade, ao ser parte integrante e fundamental da dinâmica e do funcionamento das cidades, passa a ser um elemento que contribui para a qualidade de vida urbana, na medida em que facilita o acesso da população aos serviços e equipamentos urbanos, tornando-se uma medida de qualidade e da eficiência operacional de uma comunidade residente numa cidade, constituindo um potencial de interações entre os locais dispersos no território (Hansen, 1959 e Grava, 2003).

A Declaração de Alma-Ata afirma que a acessibilidade aos serviços de saúde implica a prestação contínua e organizada de serviços a que toda a comunidade tenha fácil acesso geográfico, financeiro, cultural e funcional. A acessibilidade geográfica entende-se como a distância, o tempo necessário para cobri-la e os meios de transportes aceitáveis para a população; a acessibilidade financeira entende-se que, sejam quais forem as formas de pagamento adotado, o custo dos serviços está ao alcance da comunidade; acessibilidade cultural entende-se que os métodos técnicos e administrativos utilizados estão em



consonância com os padrões culturais da comunidade; acessibilidade funcional entende-se a disponibilidade contínua de serviços apropriados a quem deles necessitar e apropriados pela equipa de saúde indicada para a sua adequada prestação.

Segundo Donabedian (1973) citado por Aday e Andersen (1974) existem dois grandes aspetos a ter em consideração quando se trata de acessibilidade: sócio organizacional e geográfico. A acessibilidade sócio-organizacional engloba todos os atributos de um determinado recurso, como as características dos serviços de saúde. A acessibilidade física “refere-se à fricção de espaço que é uma função do tempo e distância física que deve ser percorrida para obter um atendimento” (Aday e Andersen, 1974, p.209-210). Os autores concluem que a acessibilidade é mais complexa do que apenas a disponibilidade dos recursos físicos ou sociais, sendo necessário ter em consideração a vontade de procurar o atendimento desses serviços de saúde. A vontade de procurar os serviços de saúde depende do modo de deslocação, que, segundo Newman e Kenworthy (2006) está dependente da disponibilidade para a deslocação a pé até ao ponto de acesso ao transporte público, adiantando valores de 10 minutos até à paragem ou estação de um transporte público, e mais do que 30 minutos a pé até a um serviço, ponderando a utilização de outro meio de transporte, nomeadamente o transporte individual motorizado. Assim, as longas distâncias de deslocação até aos serviços de saúde constituem uma barreira espacial e fatores significativos que contribuem para a exclusão de cuidados médicos de boa qualidade (Unal *et al.*, 2007).

Aday e Andersen (1974), citado por Luo (2009) definiram que o acesso aos cuidados de saúde num determinado local é influenciado por inúmeros fatores, incluindo a disponibilidade de serviços de saúde na área (oferta); o número de pessoas residentes no local (procura); o estado de saúde da população; os recursos socioeconómicos e financeiros disponíveis à população; conhecimento por parte da população relativamente à saúde e ao sistema de saúde; barreiras geográficas entre a população e os serviços de saúde.

Posteriormente, Joseph e Phillips (1984) afirma que a acessibilidade aos cuidados de saúde pode ser classificada em duas categorias: acessibilidade revelada e acessibilidade potencial. A primeira relaciona-se com o uso real dos serviços de saúde e a segunda enfatiza a oferta, tendo em conta os serviços disponíveis e os médicos disponíveis numa determinada área. Coincidindo com a ideia desenvolvida por Kanuganti *et al.*, em 2016, onde referiu que “a área de influência ou área de serviço é determinada com base na distância de um centro de saúde pode atender. A qualidade do serviço prestado por um centro de saúde depende da infraestrutura disponível e da qualidade dos médicos e da sua disponibilidade” (Kanuganti *et al.*, 2016, p. 394).

Já Evans *et al.*, (2013) decompõem o acesso aos cuidados de saúde em três dimensões: acessibilidades físicas como a disponibilidade de bons serviços de saúde ao alcance razoável daqueles que precisam deles com um bom horário de funcionamento, sistemas de agendamento e outros aspetos da organização e prestação de serviços que permitem às pessoas obter os serviços quando precisam deles; acessibilidade financeira sendo uma medida da capacidade das pessoas pagarem os serviços sem dificuldades financeiras, levando em consideração não apenas o custo do serviço de saúde, mas também os custos indiretos e de oportunidade, como o custo de transporte para a deslocação até aos equipamentos. Este tipo de acessibilidade é influenciado pelo rendimento familiar disponível e pelo sistema de financiamento de saúde; aceitabilidade define-se como a vontade das pessoas procurarem os serviços, esta vontade é baixa quando os indivíduos percebem que os serviços são ineficazes de dar resposta ou quando fatores sociais e culturais como idade, sexo, etnia, idioma tornam-se uma barreira para a procura de serviços. Enfatizando a importância de uma boa rede de cuidados de saúde, a OMS (2020) afirma que as instalações, bens e serviços de saúde devem

estar ao alcance físico de toda a população, especialmente grupos vulneráveis ou marginalizados como os idosos.

Deste modo os serviços devem estar fisicamente e financeiramente acessíveis e aceitáveis para os pacientes dando uma cobertura universal, devendo ser qualitativamente e quantitativamente apropriados e adequados para satisfazer as necessidades essenciais de saúde da população. No entanto, *Evans et al.*, (2013) afirmam que muitos países estão longe de alcançar a cobertura universal de saúde, mas todos os países podem tomar medidas nesta direção, melhorando os acessos aos serviços de saúde. Sem acesso universal, a cobertura universal de saúde torna-se uma meta inacessível.

Khan (1992) criou uma matriz de dimensões do acesso: espacial (ou geográfica) ou não espacial (ou social) e acesso potencial ou acesso realizado. O acesso espacial é especificamente condicionado pelo espaço ou distância, tornando-se uma barreira ou facilitador da deslocação do indivíduo. Em oposição, o acesso social é condicionado por barreiras ou facilitadores não geográficos. O acesso espacial potencial da população de uma área consiste na capacidade de um serviço estar disponível tendo em conta a variável distância, por outro lado o acesso não espacial potencial é determinado pela interação entre as características do sistema de serviço de saúde, como a distribuição das unidades que prestam cuidados de saúde, juntamente com as características da população em risco numa área específica, como a idade, estado de saúde e cobertura de seguro.

Segundo Penchansky e Thomas (1981), citado por Palma, Marques da Costa e Marques da Costa (2017), o acesso é visto como um conceito geral com um grau de ajuste entre o paciente e o sistema de saúde, dividindo o acesso em cinco dimensões: Disponibilidade; Acessibilidade; Custo; Comodidade; Aceitação.

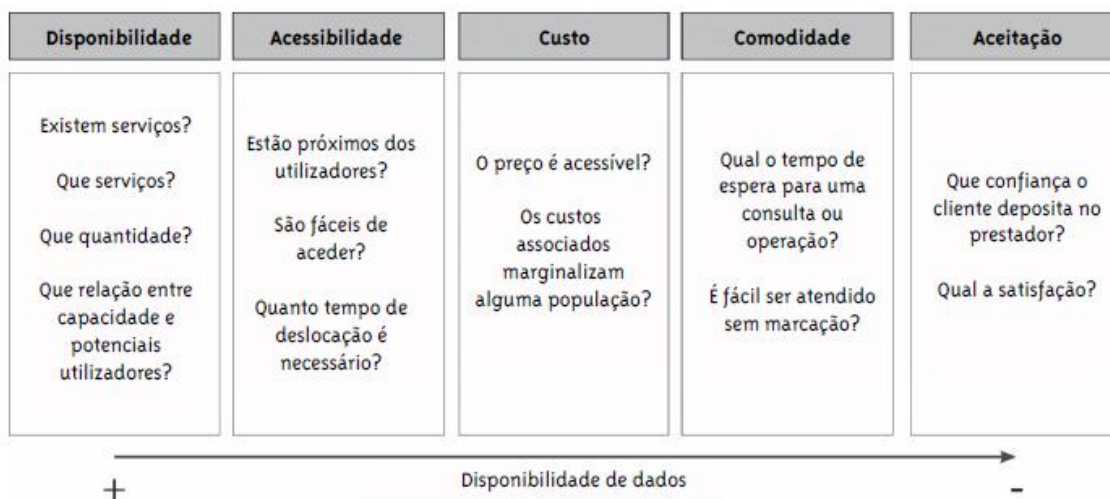


Figura 5 - As cinco dimensões do acesso  
 Fonte: Penchansky e Thomas (1981), a partir de Palma *et al.*, (2017)

Através da dimensão de disponibilidade é possível avaliar a presença ou ausência de um determinado serviço num território, bem como a sua qualidade. De modo avaliar esta dimensão é necessário perceber a existência ou ausência de serviços numa área, que tipo de serviços são disponíveis e a sua quantidade. De seguida qual a relação entre a capacidade e os potenciais utilizadores.

A dimensão da acessibilidade tem como objetivo avaliar a facilidade de os utilizadores conseguirem alcançar um determinado serviço a partir de uma determinada localização. Para tal é necessário analisar se os serviços estão localizados junto aos utilizadores, se são fáceis de aceder e quanto tempo é dispensado na sua deslocação. Esta dimensão apresenta uma abordagem espacial e quantitativa, avaliando a cobertura do serviço com base em cálculos tempo/ distância (Palma *et al.*, 2017).

A terceira dimensão, o custo, avalia os preços praticados para os utilizadores do serviço. No entanto, o custo por vezes pode-se tornar numa barreira social, pois dependendo da capacidade de suportar os custos associados à prestação de serviço pode contribuir para uma marginalização da população (Palma *et al.*, 2017).

A dimensão da comodidade consiste em analisar qual o tempo de espera para uma consulta ou operação e qual a facilidade de um utente ser atendido sem marcação prévia. De acordo com a OMS (2020) o acesso à saúde passa pela disponibilidade de bons serviços de saúde a quem deles necessita e de horários, sistemas de marcação de consultas e outros aspetos de organização e prestação de serviço que permite às pessoas usufruem de um serviço quando precisam dele.

Por último, a aceitação, uma componente qualitativa na ótica do utilizador, avaliando qual o grau de confiança que um cliente deposita no prestador e qual o grau de satisfação perante a prestação do serviço (Palma *et al.*, 2017). Hespálhol (2004) refere que a acessibilidade não é só a possibilidade de obter cuidados de saúde que sejam necessários em qualquer momento, nas condições mais convenientes e favoráveis, como também a disponibilidade, isto é, a capacidade e a atitude de um médico para atender, ouvir e compreender e ajudar os seus utentes.

## 4. Metodologia

Para uma melhor consolidação do tema em estudo e para a realização da presente dissertação foi necessário primordialmente recolher informação referente a conceitos e perceber quais os melhores métodos a ter em consideração para a obtenção de uma melhor resposta à problemática apresentada, deste modo, recorreu-se a uma pesquisa bibliográfica de leitura de artigos científicos, livros e outras dissertações relacionadas com a temática.

Posteriormente, para o enquadramento geográfico e socioeconómico das áreas em estudo, foi recolhida informação com base no levantamento de informação estatística dos Censos 2011 para a AML e uma adaptação dos dados originais à divisão administrativa NUTS 2013, para os concelhos em estudo, Sintra e Palmela. A recolha da informação teve como objetivo enquadrar a população idosa das diferentes áreas, adotando uma recolha mais direcionada para as variáveis relacionadas com o envelhecimento e as condições socioeconómicas dessas mesmas áreas como:

- População residente (Nº)
- Densidade populacional (Nº/ km<sup>2</sup>)
- Proporção de utilização do automóvel nas deslocações (%)
- Taxa de analfabetismo (%)
- Encargos médios mensais por aquisição de habitação própria (€)
- População com mais 65 anos (Nº)
- Índice de envelhecimento (Nº)
- Índice de dependência de idosos (Nº)
- Índice de longevidade (Nº)

Para uma caracterização aprofundada dos CSP prestados nos concelhos em estudo, foi necessário realizar um levantamento dos equipamentos de saúde e a respetiva georreferenciação em ambiente de Sistemas de Informação Geográfica (SIG). Para tal, foi necessário recorrer a duas plataformas disponibilizadas pelo SNS, “Prestadores de Cuidados de Saúde” e “Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: BI-CSP”, de modo adquirir a informação geográfica (localização e áreas de influência de cada unidade funcional), juntamente com outras informações como o horário praticado; o número de utentes inscritos e quais as valências praticadas em cada unidade. Posteriormente foi feita uma aferição telefónica e complementação da informação disponível nas plataformas referidas. Esta informação foi armazenada numa *file personal geodatabase* contendo toda a informação referente aos CSP.

No enquadramento geográfico recorreu-se à informação referente à rede rodoviária, férrea e de autocarros, onde posteriormente esteve na base do método adotado para o processo de acessibilidades aos CSP por parte dos idosos, tendo em conta o Sistema de Coordenadas ETRS 1989 Portugal TM06. Para esta análise recorreu-se à ferramenta de *ArcCatalog*, disponível no *software ArcMap*, de forma a criar uma *File Geodatabase* (.gdb). A *Geodatabase* inclui uma *Feature Dataset* para armazenar as diferentes *Feature Class* com diferentes tipologias: linhas para a rede viária, férrea e de autocarros e os devidos arcos; pontos onde inclui as estações de comboio e paragens de autocarro; e os polígonos, correspondente à Base Geográfica de Referenciação da Informação (BGRI) disponibilizada pelo INE correspondendo aos dados recolhidos nos Censos 2011, tendo de se assumir a desatualização da informação.

Informação	Tipo	Fonte
Rede Viária	Linhas	ESRI
Rede férrea	Linhas	AML
Estações de comboio	Pontos	AML
Carreiras de Autocarro	Linhas	AML
Paragens de Autocarro	Pontos	AML
Unidades funcionais de CSP	Pontos	Prestadores de Cuidados de Saúde
Informação demográfica	Polígonos	INE

Quadro 4 - Informação Geográfica

Fonte: ESRI (2012), Atlas da AML (2016), INE (2011) e SNS (2019)

Após a aquisição da informação geográfica recorreu-se à aplicação da análise de rede em ambiente SIG, tendo como base a Teoria dos Grafos. Esta teoria surge como uma representação gráfica da estrutura de dados, apresentando-se como uma estrutura topológica, constituída por um conjunto de pontos (nós ou vértices) e linhas (arcos ou arestas), originando o grafo ( $G=V, L$ ). Deste modo, a distância absoluta não é tomada em consideração nesta teoria, sendo substituída pela distância topológica, uma “distância medida entre dois ou mais nós, através do número de arcos que os separam” (Morgado, 2010, p.21).

Para proceder à modelação e análise de redes, nomeadamente *Network Dataset* multimodal, é fulcral entender os conceitos como acessibilidade ou conectividade. Isto porque a rede de transporte multimodal é constituída por um sistema com arcos que está conectado por nós, criando assim um “arco de transferência”. Segundo Morgado (2010), estes dois conceitos estão fortemente dependentes um do outro, sendo bastante aprofundados na geografia dos transportes como indicadores de estruturação e valorização do espaço. O autor define a acessibilidade como a “Possibilidade de se poder aceder a um local, ou conjunto de locais... sendo que a acessibilidade é função da cobertura do território por infra-estruturas de transporte, e é tanto maior quanto maior a permeabilidade do território à rede de infra-estruturas” e a Conectividade como “existência ou não de ligação entre quaisquer locais”.

A escolha deste método de estudo teve origem na análise bibliográfica realizada, na qual se pôde constatar que atualmente este tem uma forte incidência na base dos grandes trabalhos relacionados com a Geografia da Saúde.

Deste modo, para excussão da análise de rede foi necessário utilizar a extensão *Network Analyst*, disponível no mesmo *software* anteriormente referido, aplicando o algoritmo *service area*, constituinte como ferramenta da extensão. Esta ferramenta permite criar áreas de serviço/influência a partir da rede criada, de modo otimizar o melhor caminho a percorrer, tendo em conta uma ou várias localizações em simultâneo, neste caso os equipamentos de CSP. Esta medida pode ser calculada tendo em consideração a distância espacial e custo, ou o atributo tempo (isócronas), reproduzido quais as áreas acessíveis e alcançáveis tendo em conta o atributo escolhido. No caso da presente dissertação foi tomada em consideração o atributo tempo, definido 5 intervalos de tempo com classes abertas:

- < 5 minutos
- 5 a 10 minutos
- 10 a 15 minutos
- 15 a 30 minutos
- > 30 minutos

Para além do atributo tempo, definiu-se que as áreas de influência iriam ter um *trim* de 250 metros, de forma a que os polígonos criados não ultrapassem as bordas externas da rede, tornando-os mais próximos da realidade presente naquela área.

Para o cálculo da acessibilidade aos equipamentos de cuidados primários e criação das respetivas áreas de influência, foi necessário ter em consideração o atributo de tempo de deslocação, recorrendo ao cálculo de distância-tempo. Para tal foi necessário calcular a que velocidade é que um indivíduo se desloca num determinado troço, através do seguinte cálculo:

$$\frac{(\text{Comprimento} \times 60)}{\text{Velocidade}}$$

A análise de acessibilidade desenvolvida nesta dissertação teve em consideração 6 perfis de deslocação:

### **1. Perfil pedonal da população idosa sem dificuldade ou baixa dificuldade na sua marcha**

Devidas às limitações inerentes à idade, a locomoção de um peão com mais de 65 anos sem dificuldade ou com baixa dificuldade apresenta uma velocidade mais reduzida em comparação com uma população mais jovem. Deste modo, este perfil tem em consideração a velocidade máxima que um idoso consegue alcançar, 3,5 km/h, deslocando-se a essa velocidade pela rede viária, tendo apenas como limitações as vias proibidas por lei aos peões (Knoblauch *et al.*, citado por Freitas 2018).

### **2. Perfil pedonal da população idosa com média ou elevada dificuldade**

O segundo perfil representa a população com mais de 65 anos com média ou elevada dificuldade nas suas deslocações. Devido às fragilidades apresentadas pela locomoção deste tipo de população idosa foi necessário ter em consideração que apenas consegue alcançar uma velocidade máxima de 1,6km/h (Falcão, 2011).

### **3. Perfil bicicleta**

Devido à aposta por um modo de deslocação mais económico e relativamente rápido para as suas deslocações urbanas, foi necessário ter em consideração um perfil onde a população com mais de 65 anos se desloca numa bicicleta.

O perfil de bicicleta teve em consideração os sentidos proibidos e as limitações implícitas pela lei como proibição de circulação de bicicletas em determinadas vias, estipulado como velocidade máxima 8 km/h (Road Directorate, 2000, citado por Vale, 2016).

De acordo com Vale (2016) “a utilização da bicicleta está desde logo condicionada por três fatores fundamentais: a distância a percorrer, o relevo, fundamentalmente o declive e a extensão das zonas declivosas, e a velocidade da deslocação, esta última intimamente ligada ao tempo de deslocação disponível. Estes fatores, por si só, não explicam a utilização da bicicleta, mas constituem limitações ou restrições importantes que poderão eventualmente impedir a sua utilização.” Contudo, o mesmo autor refere entre outros fatores como “as características urbanísticas do território, o ambiente natural, fatores socioeconómicos, fatores psicológicos, e os custos generalizados da utilização da bicicleta, nomeadamente custos

financeiros, tempos de deslocação, esforço e segurança” (Heinen *et al.*, 2010, citado por por Vale, 2016, p.54)

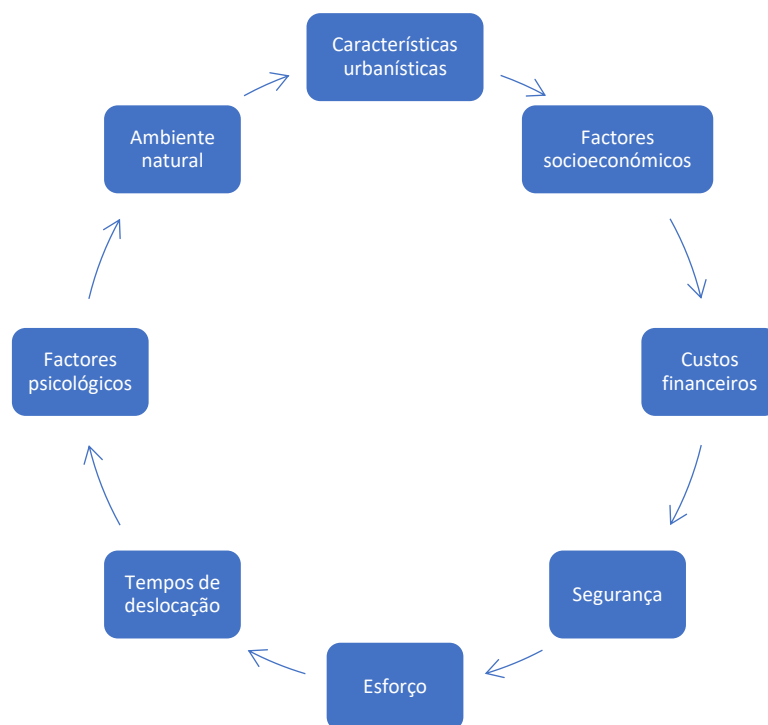


Figura 6 - Fatores da utilização da bicicleta  
Fonte: Vale (2016)

#### 4. Perfil rodoviário

O quarto perfil é reconhecido como o modo de deslocação de rápido alcance e cómodo, no entanto, pouco utilizado pela população idosa, pelo menos de forma autónoma.

Para o cálculo de deslocação de automóvel foi tomada em consideração as velocidades máximas permitidas pelo código da estrada para um automóvel ligeiro, já estipuladas na rede em estudo, estando diferenciada de acordo com a tipologia do troço. Para além da velocidade máxima percorrida, foi necessário também considerar os sentidos proibidos.

Tipologia das áreas	Velocidade estipulada (km/h)
Autoestradas	120
Estradas equiparadas	100
Estradas Nacionais e Municipais	90
Perímetro urbano	50
Localidades	20

Quadro 5 - Velocidades máximas estipuladas no código da estrada português  
Fonte: Elaboração própria, a partir da Lei n.º 72/2013

## 5. Perfil de transporte público da população sem dificuldade ou baixa na sua marcha

O perfil de transporte público está subdividido, diferenciado a população idosa que apresenta uma marcha sem dificuldade ou com baixa dificuldade, e a população com média ou elevada dificuldade, mas que utiliza o modo de transporte público na sua zona residencial ou freguesia, compilando com o modo pedonal anteriormente referido.

O quinto perfil reconhece apenas a população que tem uma boa marcha, de 3,5 km/h, mas que utiliza o transporte público também, como o comboio, mas maioritariamente o autocarro.

Devido à ausência de informação referente à velocidade máxima estipulada por cada operador nas áreas em estudo, foi necessário criar 4 perfis de velocidades para os trajetos de autocarro, de acordo com o meio urbano a percorrer (Quadro 6).

Tipologia das áreas	Velocidade estipulada (km/h)	Velocidade desses troços (km/h)
Áreas urbanas	14 <sup>2</sup>	≤ 25
Áreas suburbanas	22	35 - 65
Áreas periurbanas	50 <sup>3</sup>	70 - 90
Autoestradas	90	100 - 120

Quadro 6 - Velocidades estipuladas para os diferentes troços da rede

Fonte: Elaboração própria

Para a escolha de áreas urbana foi necessário cruzar a rede viária com a Carta de Uso e Ocupação do Solo (COS), tendo em consideração o tipo “tecido urbano contínuo”.

Para além da velocidade máxima percorrida em cada troço, foi levado em consideração os sentidos da carreira de autocarro e os sentidos proibidos da própria rede viária. Contudo, este perfil não tem em conta algumas características como o horário e frequência de passagem dos vários transportes públicos.

## 6. Perfil de transporte público da população com média ou elevada dificuldade

O último perfil representa a população com alguma dificuldade nas suas deslocações e opta pela utilização do transporte público.

Apresentando todas as características do perfil anterior, perfil 5, diferenciado apenas na velocidade praticada no modo pedonal, optando por uma velocidade máxima de 1,6km/h.

Após o cálculo para os diferentes perfis foi necessário cruzar as áreas de serviço com a informação demográfica presente na BGRI 2011, a opção de escolha da utilização da informação à subseção prevaleceu sobre o cruzamento da informação pela quadrícula de 1km<sup>2</sup>, disponível também pelo INE. Esta opção surge devido à discrepância demográfica no território em estudo, pois a existência de freguesia com grande densidade populacional, e outras com um meio urbano bastante fragmentado dificultava a precisão do cálculo de acessibilidades.

<sup>2</sup> Velocidade comercial na rede da Carris

<sup>3</sup> Velocidade comercial na rede da “Rodoviária do Alentejo”



Ao cruzar os dois tipos de informação, surgiram áreas menores do que a subseção, deste modo, foi necessário fazer uma proporção da população existente à subseção que estaria compreendida dentro da área de serviço, para tal realizou-se o cálculo:

**Densidade populacional dos residentes com > 65 anos na subseção × Área**

Após perceber a oferta dos equipamentos de CSP e o seu potencial de alcance, para consolidar a análise recorreu-se a uma observação direta através da realização de um total de 60 inquéritos à população com 65 ou mais anos, 30 inquéritos no concelho de Sintra, optando pela realização na União de freguesia de São João das Lampas e Terrugem, mais 30 no concelho de Palmela, optando pelas freguesias de Palmela e Pinhal Novo, 13 e 17 inquéritos, respetivamente. A discrepância da amostra realizada na freguesia de Palmela e Pinhal Novo está relacionada com a fraca adesão por parte dos residentes, que devido à pandemia COVID-19 os constringia e consequentemente os afastava, não querendo participar no inquérito. Frisando ainda que a amostra é por conveniência, onde a escolha destas freguesias teve como base as suas características sociodemográficas.

O tratamento dos dados adquiridos na realização dos inquéritos teve como base a utilização do programa SPSS e o Microsoft Excel, resultando na informação referente as características demográficas e socioeconómicas e ao estado de saúde da população entrevistada, como também alguns parâmetros relacionados com os seus movimentos pendulares e caracterização dos CSP das respetivas áreas.

## 5. Caso de estudo

Este capítulo tem como objetivo fazer uma breve caracterização geográfica e socioeconómica da área de estudo. Para além desta caracterização, pretende-se abordar os cuidados de saúde primários oferecidos nas diferentes áreas em estudo. O capítulo está estruturado em três subcapítulos, correspondendo ao enquadramento a nível regional e local, caracterizando a Área Metropolitana de Lisboa (AML), a terceira e quarta coroa da AML e os dois concelhos onde é centrado o estudo de caso, Palmela e Sintra.

### 5.1. Área Metropolitana de Lisboa (AML)

A Área Metropolitana de Lisboa é uma região portuguesa, Região de Lisboa, com um forte peso económico e demográfico. Constituindo a NUTS II com maior densidade populacional do território nacional, 940 hab./ km<sup>2</sup>, representando apenas 3% da área de Portugal (3 001 km<sup>2</sup>), concentra de mais de 2,8 milhões de habitantes, correspondendo a 27,2% da população nacional.

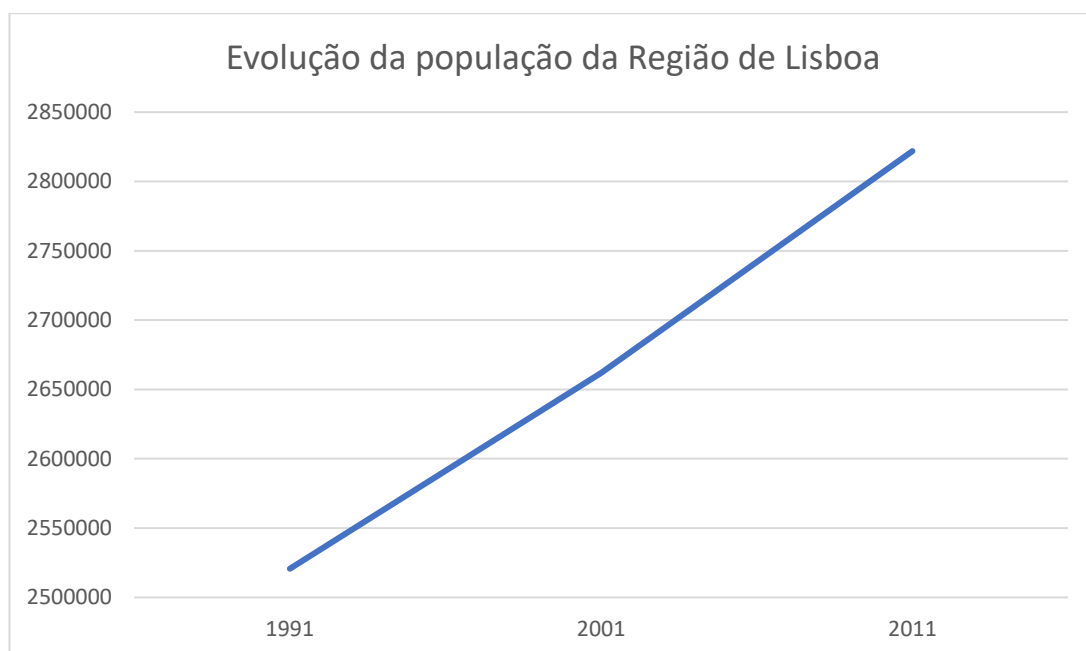


Figura 7 - Evolução do total da população residente na região de Lisboa, entre 1991 e 2011  
Fonte: INE, 2011

A Região de Lisboa apresenta uma dinâmica territorial, com características socioeconómicas bastante distintas do restante país, sendo composta por 18 concelhos subdivididos em duas unidades territoriais separadas por uma barreira física, o rio Tejo. A Norte congrega 9 concelhos (Amadora, Cascais, Lisboa, Loures, Odivelas, Oeiras, Sintra, Vila Franca de Xira, Mafra) e a Sul outros 9 (Alcochete, Almada, Barreiro, Moita, Montijo, Palmela, Seixal).

No que diz respeito aos cuidados de saúde disponibilizados na área metropolitana, apresenta uma organização administrativa singular, designada por Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), sendo composta por 15 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), sendo esses o ACES Lisboa Norte, ACES Lisboa Central, ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, ACES Cascais, ACES Amadora, ACES Sintra, ACES Loures-Odivelas, ACES Estuário do Tejo, ACES Almada –Seixal, ACES Arco Ribeirinho, ACES Arrábida, ACES Oeste Norte , ACES Oeste Sul, ACES Médio Tejo, ACES Lezíria. Os quatro últimos ACES referidos apresentam uma organização administrativa não coincidentes com os limites administrativos da região de Lisboa, pertencendo às NUTS III: Oeste, Médio Tejo e Lezíria o Tejo.

A ARSLVT apresenta 22 unidades hospitalares, das quais 8 são centro hospitalares, sendo determinantes para a organização dos ACES e a escolha dos hospitais de referência.

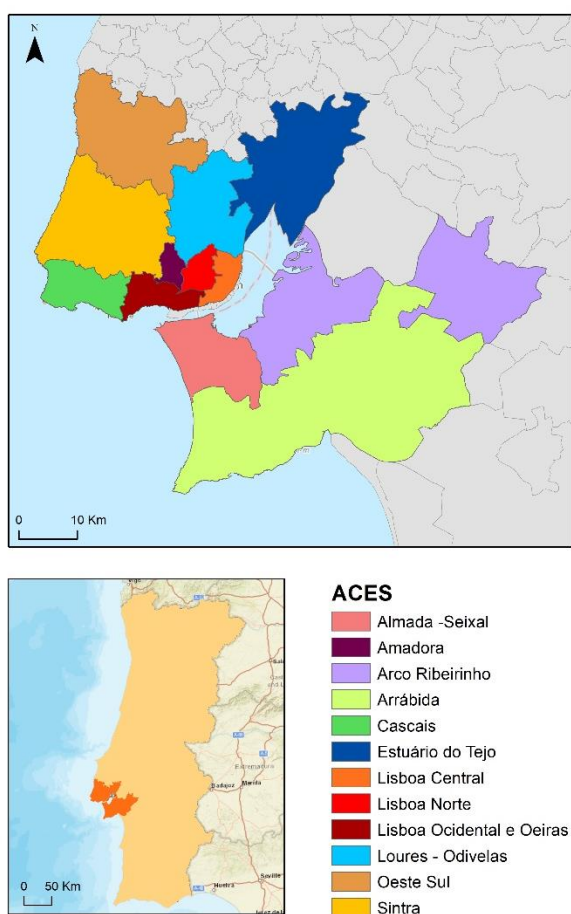


Figura 8 - Agrupamentos de Centros de Saúde da AML  
Fonte: Elaboração própria, a partir do SNS (2020)

## 5.2. Terceira e quarta coroa da AML

No Plano Regional de Ordenamento do Território da Área Metropolitana de Lisboa (PROT AML) de 2002, são definidas 3 coroas metropolitanas equidistantes de 10 km a partir da Praça do Marquês de Pombal (Figura 9).

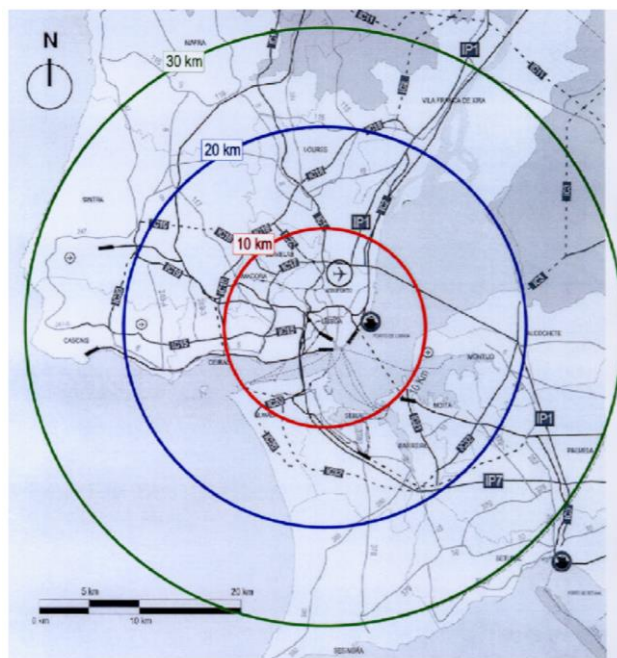


Figura 9 - Divisão da AML em três coroas metropolitanas  
Fonte: PROT AML, 2002

Posteriormente, Louro (2019) redefine as coroas metropolitanas utilizando outras distâncias. A primeira coroa corresponde à cidade de Lisboa, que engloba as localidades que se encontra a menos de 10 km; a segunda coroa, inclui todas as localidades que estão entre os 10 km e os 15 km; a terceira coroa corresponde às localidades que se encontram entre os 15 km e os 25 km; e a quarta coroa, que corresponde às localidades da AML que estão a mais de 25 km de distância da área central (Figura 10).

A nova caracterização teve em conta a necessidade de reajustar as coroas aos “diferentes níveis de densidade populacional, densidade do edificado, densidade da população idosa e serviços de transporte público” (Marques da Costa *et al.*, 2020).

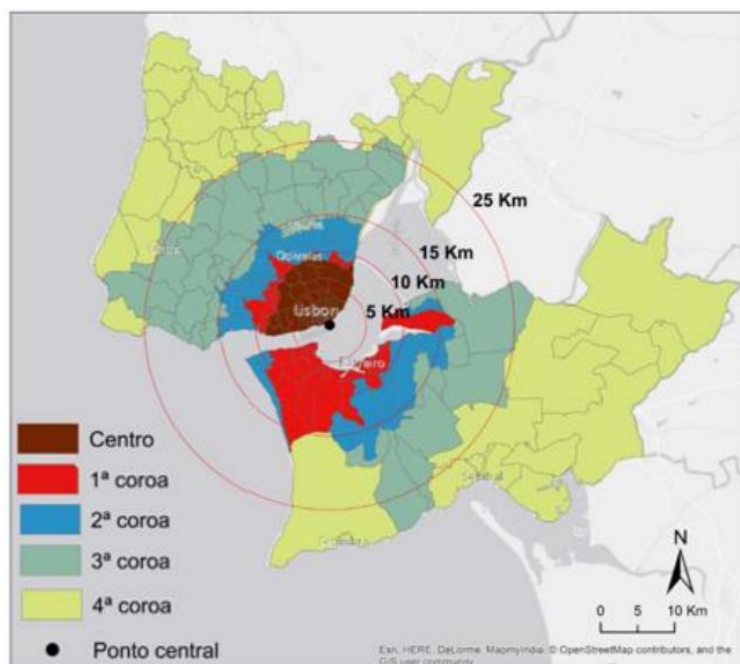


Figura 10 - Divisão da AML em quatro coroa  
Fonte: Louro (2019)

É notório que existe uma distinta dinâmica sociodemográfica entre as freguesias constituintes da AML Norte e a AML Sul. Louro (2019) apresenta essas diferenças destacando a forte permanência de população idosa na terceira coroa norte, contudo, na terceira da coroa a sul é visível que o volume de população idosa é bem menor. Na quarta coroa o volume de população com mais de 65 anos é muito semelhante na margem norte e na margem sul.

	Residentes (nº)			Residentes (%)		
	0 - 14 anos	15-64 anos	65 e mais anos	0 - 14 anos	15-64 anos	65 e mais anos
<b>Norte</b>	314.091	1.354.729	373.657	15,4	66,3	18,3
Centro	70.494	346.279	130.960	12,9	63,2	23,9
1	28.470	125.008	36.634	15,0	65,8	19,3
2	75.787	326.703	78.855	15,7	67,9	16,4
3	109.694	439.610	95.674	17,0	68,2	14,8
4	29.646	117.129	31.534	16,6	65,7	17,7
<b>Sul</b>	123.790	515.424	140.185	15,9	66,1	18,0
1	60.014	262.590	74.894	15,1	66,1	18,8
2	18.206	71.997	17.603	16,9	66,8	16,3
3	21.182	77.577	17.569	18,2	66,7	15,1
4	24.388	103.260	30.119	15,5	65,5	19,1
<b>Total</b>	437.881	1.870.153	513.842	15,5	66,3	18,2

Quadro 7 - Grupos etários por coroa da AML, 2011  
Fonte: Louro (2019)

Por outro lado, é na terceira e quarta coroa que a densidade populacional é mais reduzida e onde o padrão de ocupação é mais disperso. A coroa 3 cobre uma área de 105,6 Km<sup>2</sup> do concelho de Palmela, representando 22,7% do total de área e 59% do total da população residente nesse concelho e no concelho de Sintra cobre 169 Km<sup>2</sup>, representando 52,9% da área e 41% população. A coroa 4 cobre 359,6 Km<sup>2</sup> do concelho de Palmela, correspondendo a 77,3% da área total e a 41% da população residente no concelho, enquanto que no concelho de Sintra cobre 141,3 Km<sup>2</sup>, correspondendo a 44,3% da área total e 8% da população residente (Quadro 8 e 9).

O presente trabalho incidiu sobre os concelhos de Palmela e de Sintra, uma vez que é visível a forte percentagem de freguesias localizadas na terceira e quarta coroa, tendo assim uma representatividade da AML Norte e AML Sul, demonstrando a realidade das áreas que estão localizadas numa área metropolitana, mas que apresentam uma fragmentação no seu tecido urbano, representando um tecido edificado disperso e com uma baixa densidade populacional.

Concelho	Freguesias	Coroa	Áreas da freguesia (km²)	Área por coroa (km²)	Área por coroa (%)
Palmela	Pinhal Novo	3	54,4	105,5	22,70%
	Quinta do anjo	3	51,1		
	Palmela	4	77,5	359,6	77,30%
	UF de Poceirão e Marateca	4	282,0		
	Total			465,1	
Sintra	Casal cambra	2	2,2	8,9	3%
	UF de Massamá e Monte Abraão	2	3,1		
	UF de Queluz e Belas - <b>Queluz</b>	2	3,6		
	UF de Queluz e Belas - <b>Belas</b>	3	22,8	169,0	53%
	UF de Agualva e Mira Sintra	3	6,0		
	Algueirão-Mem Martins	3	16,0		
	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro, Montelavar	3	64,1		
	UF de Cacém e São Marcos	3	4,4		
	Rio de mouro	3	16,5		
	UF de Sintra (Santa Maria e São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim) - <b>Santa Maria e São Miguel e São Pedro de Penaferrim</b>	3	39,2	141,3	44%
	UF de Sintra (Santa Maria e São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim) - <b>São Martinho</b>	4	24,3		
	UF de São João das Lampas e Terrugem	4	83,6		
	Colares	4	33,4		
	Total			319,2	

Quadro 8 - Áreas das freguesias em estudo, por coroa  
Fonte: Louro (2019) e DGT (2018)

Concelho	Freguesias	Coroa	Hab. da freguesia (km²)	Hab. por coroa (km²)	Hab. por coroa (%)
Palmela	Pinhal Novo	3	25 003	36 868	58,68%
	Quinta do anjo	3	11 865		
	Palmela	4	17 481	25 963	41,32%
	UF de Poceirão e Marateca	4	8 482		
	Total			62 831	
Sintra	Casal cambra	2	12 701	87 870	23%
	UF de Massamá e Monte Abraão	2	48 921		
	UF de Queluz e Belas - <b>Queluz</b>	2	26 248		
	UF de Queluz e Belas - <b>Belas</b>	3	26 087	259 606	69%
	UF de Agualva e Mira Sintra	3	41 104		
	Algueirão-Mem Martins	3	66 250		
	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro, Montelavar	3	16 788		
	UF de Cacém e São Marcos	3	38 701		
	Rio de mouro	3	47 311		
	UF de Sintra (Santa Maria e São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim) - <b>Santa Maria e São Miguel e São Pedro de Penaferrim</b>	3	23 365	30 359	8%
	UF de Sintra (Santa Maria e São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim) - <b>São Martinho</b>	4	6 226		
	UF de São João das Lampas e Terrugem	4	16 505		
	Colares	4	7 628		
	Total				

Quadro 9 - População das freguesias em estudo, por coroa  
Fonte: Louro (2019) e DGT (2018)

É possível verificar que a AML apresenta 54,04% de proporção de utilização do automóvel nas suas deslocações, contudo o concelho de Sintra e o concelho de Palmela apresentam valores maiores na utilização do automóvel nas suas deslocações em comparação com os valores da AML, podendo ser justificado pela sua localização periférica (Quadro 10). Relativamente ao envelhecimento nestes dois concelhos, verifica-se que têm valores abaixo da AML, mas mesmo assim Palmela apresenta valores bastante próximos da realidade da área metropolitana, apresentado um índice de envelhecimento de 102,7 em Palmela e 77,5 em Sintra, já o índice de dependência de idosos apresenta valores de 26,6 em Palmela e 19,9 em Sintra (Quadro 11).

	População residente (N.º)	Densidade populacional (N.º/km²)	Proporção de utilização do automóvel nas deslocações (%)	Taxa de analfabetismo (%)	Encargos médios mensais por aquisição de habitação própria (€)
<b>Portugal</b>	10 562 178	114,5	61,60	5,22	395,25
<b>AML</b>	2 821 876	940	54,04	3,22	424,76
<b>Sintra</b>	377 835	1183,6	54,27	2,52	400,60
<b>Palmela</b>	62 831	135,1	64,36	5,76	435,55

Quadro 10 - Indicadores sociodemográficos, Sintra e Palmela  
Fonte: INE (2011)

	População com mais 65 anos (N.º)	Índice de envelhecimento (N.º)	Índice de dependência de idosos (N.º)	Índice de longevidade (N.º)
<b>Portugal</b>	2 010 064	127,8	28,8	47,86
<b>AML</b>	513 842	117,4	27,5	45,74
<b>Sintra</b>	51 657	77,5	19,9	42,64
<b>Palmela</b>	10 971	102,7	26,6	44,43

Quadro 11 - Indicadores de envelhecimento demográfico, Sintra e Palmela  
Fonte: INE (2011)



## 5.3. Concelho de Palmela

### 5.3.1. Caracterização demográfica

O concelho de Palmela encontra-se dividido em 4 freguesias, Palmela, Quinta do Anjo, Pinhal Novo, União de freguesias de Poceirão e Marateca, partilhando fronteiras a Norte com os concelhos do Alcochete e Benavente, a Nordeste com Moita e Montijo, a Este com o Barreiro, a Oeste com Vendas Novas, a Sudeste com Alcácer do Sal e a Sul com Setúbal (Figura 11).

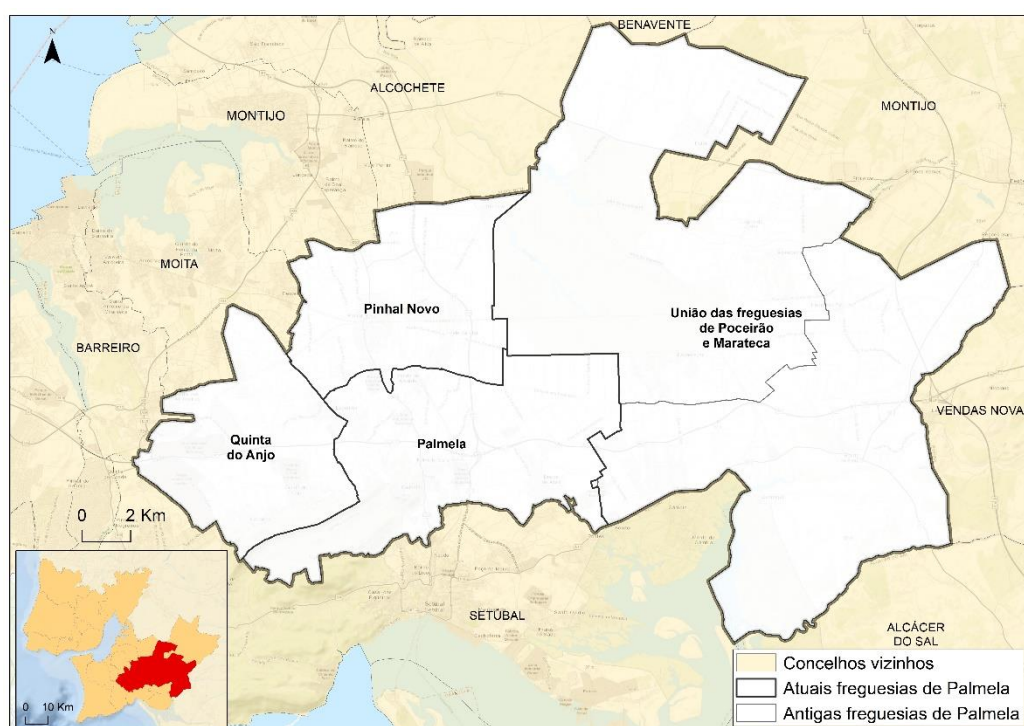


Figura 11 - Freguesias do concelho de Palmela

Fonte: DGT (2011 e 2018)

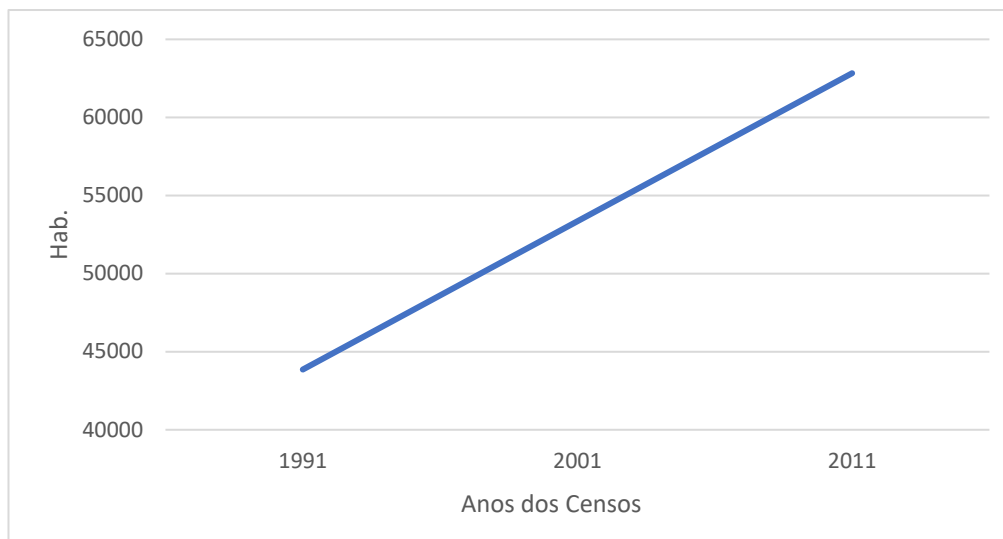


Figura 12 - Evolução do total da população residente no concelho de Palmela, entre 1991 e 2011  
Fonte: INE (2011)

Segundo os Censos 2011, registavam-se um total de 62 831 habitantes no concelho de Palmela, distribuídos por uma área total de 465,12 km<sup>2</sup>, resultando numa densidade populacional de 135,1 Hab./Km<sup>2</sup>. Mais de metade da população encontra-se concentrada nas freguesias de Pinhal Novo e Palmela, representando 68% da população total do concelho. A dinâmica demográfica foi particularmente acentuada nessas duas freguesias e na Quinta do Anjo, apresentando-se a distribuição da população mais dispersa precisamente nas freguesias menos populosas (Quadro 12).

Relativamente à proporção de tecido edificado descontínuo existente em cada freguesia do concelho de Palmela verifica-se que a freguesia da Quinta do anjo apresenta o maior peso (6%), seguida pela freguesia de Pinhal Novo com (5%) e Palmela com um peso de 4% (Quadro 12).

Freguesias	Habitantes	Área (km <sup>2</sup> )	Densidade Populacional (Hab./Km <sup>2</sup> )	Tecido edificado descontínuo (km <sup>2</sup> )	Tecido edificado descontínuo (%)
Pinhal Novo	25 003	54,44	459,10	2,46	5%
Palmela	17 481	77,51	225,60	2,82	4%
Quinta do Anjo	11 865	51,12	232,10	2,98	6%
União das freguesias de Poceirão e Marateca	8 482	282,04	59,90	1,42	1%
Total	62 831	465,12	135,10	9,68	14%

Quadro 12 - Distribuição da população residente nas freguesias de Palmela  
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do INE (2011) e DGT (2018)

Para uma análise mais detalhada da população residente em Palmela, agrupou-se a população em 5 grandes grupos etários de acordo com a tipologia do INE:

- População com menos de 14 anos;
- População entre os 15 e os 24 anos;
- População entre os 24 e os 64 anos;
- População entre os 65 e os 74 anos;
- População com mais de 75 anos.

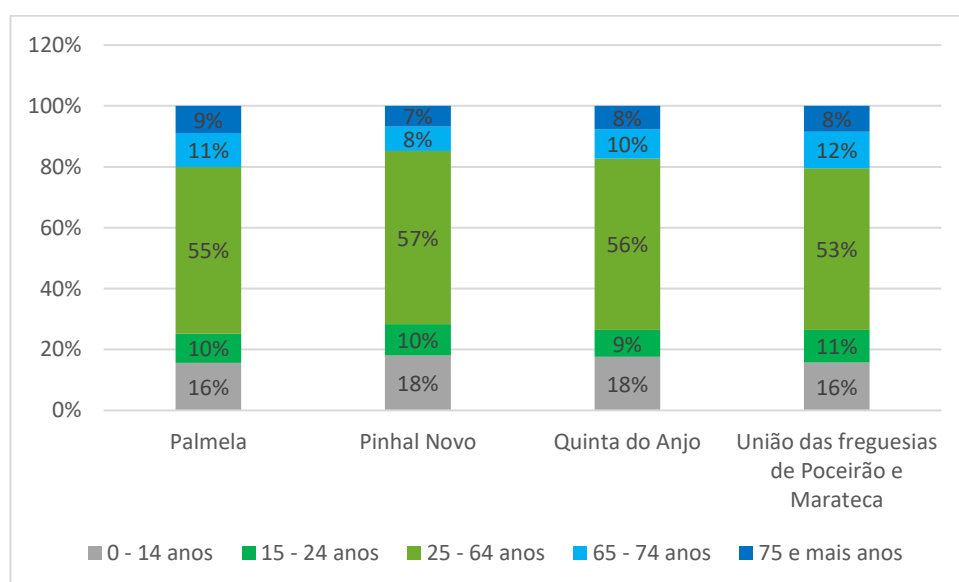


Figura 13 - Proporção dos grandes grupos etários na população residente em Palmela (%)  
Fonte: INE (2011)

Como é visível na figura 13, a população em idade ativa continua a ter o maior peso na população residente no concelho de Palmela, variando entre os 53% e 57%, com maior incidência na freguesia de Pinhal Novo e na Quinta do Anjo, estas freguesias também apresentam maior peso na população com menos de 14 anos, com uma variação entre os 15% e 18%. Apesar disto, a Quinta do Anjo apresenta o menor peso de população com idade compreendida entre os 15 e os 24 anos, com apenas 9% da população total, em contrapartida a UF de Poceirão e Marateca apresenta o maior peso de população nesta classe.

A população idosa é caracterizada pela população com mais de 65 anos, havendo um maior peso da população entre os 65 e 74 anos, variando entre os 12% e 8%, com maior incidência na UF de Poceirão e Marateca, já a população com de 75 anos varia entre os 7% e 9% com maior incidência na freguesia de Palmela.

A dinâmica territorial e as suas discrepâncias são bastante visíveis entre as freguesias localizadas a Este, UF de Marateca e Poceirão e as freguesias localizadas a Oeste, Pinhal Novo e Quinta do Anjo, onde as freguesias a Este apresentam uma população mais envelhecida e nas freguesias a Oeste apresentam uma população mais jovem e ativa.

### 5.3.2. Caracterização da rede de transportes

A distribuição da população acompanha a rede de transportes, ocorrendo uma maior concentração junto à linha férrea, servida pela CP e Fertagus, juntamente com serviço de transporte rodoviário prestado pela empresa TST – Transportes Sul do Tejo e pela Rodoviária do Alentejo. Esta expansão e modernização das redes rodoviárias e ferroviária, teve como consequência a melhoria das acessibilidades dos residentes, como é o caso da evolução de Pinhal Novo junto ao caminho de ferro, numa encruzilhada de comunicação, apresenta características demográficas e geográficas com potencial para atrair atividade em articulação com outros polos criando ligações regionais (PROT AML, 2002).

Devido à evolução da urbanização junto ao caminho de ferro verifica-se no quadro 13 que a população de Pinhal Novo opta pela deslocação de comboio comparativamente às restantes freguesias do concelho. Contudo, existe uma predominância pela utilização do automóvel ligeiro, como condutor ou passageiro, por parte de toda a população residente no concelho de Palmela. Este modo de deslocação apresenta uma maior representatividade nas freguesias de Palmela e Quinta do Anjo. A opção por uma deslocação pedonal é mais visível na freguesia de Palmela e Pinhal Novo, enquanto que a utilização da bicicleta ou do autocarro é mais frequente na Quinta do Anjo e UF de Poceirão e Marateca.

	Pedonal	Automóvel ligeiro como condutor	Automóvel ligeiro como passageiro	Autocarro	Comboio	Motociclo	Bicicleta
Palmela	12%	49%	21%	9%	5%	1%	0%
Pinhal Novo	18%	41%	17%	7%	11%	1%	0%
Quinta do Anjo	8%	51%	20%	10%	6%	1%	1%
UF de Poceirão e Marateca	10%	47%	15%	15%	1%	2%	1%

Quadro 13 - Modos de deslocação no concelho de Palmela  
Fonte: INE (2011)

Para além da prestação de serviços de transportes públicos, a rede viária de Palmela pode ser dividida em 3 níveis de eixos viários:

1. Autoestradas (AE)
2. Itinerários Complementares (IC)
3. Estradas Nacionais (EN) e Estradas Municipais (EM)

Relativamente as autoestradas que cruzam o concelho de Palmela, a Este a Autoestrada Sul (A2) atravessa Quinta do Anjo e Palmela, ligando Lisboa a Albufeira, seguidamente a Autoestrada Setúbal–Montijo (A12), cruzando Pinhal Novo e Palmela de norte a Sul, ambas as estradas apresentam um comprimento de 33 km cada uma. A Autoestrada Santarém–Marateca (A13) representa apenas uma pequena porção das autoestradas que cruzam este concelho.

O nível 2, composto pela IC1 e IC21, representam uma pequena parte nas fronteiras da UF de Poceirão e Marateca e freguesia da Quinta do Anjo, respetivamente. Em oposição as estradas nacionais e municipais cruzam as freguesias de Pinhal Novo e Palmela, nomeadamente a Estrada nacional 252, Estrada municipal 575, EM575, EM542 e EM531.

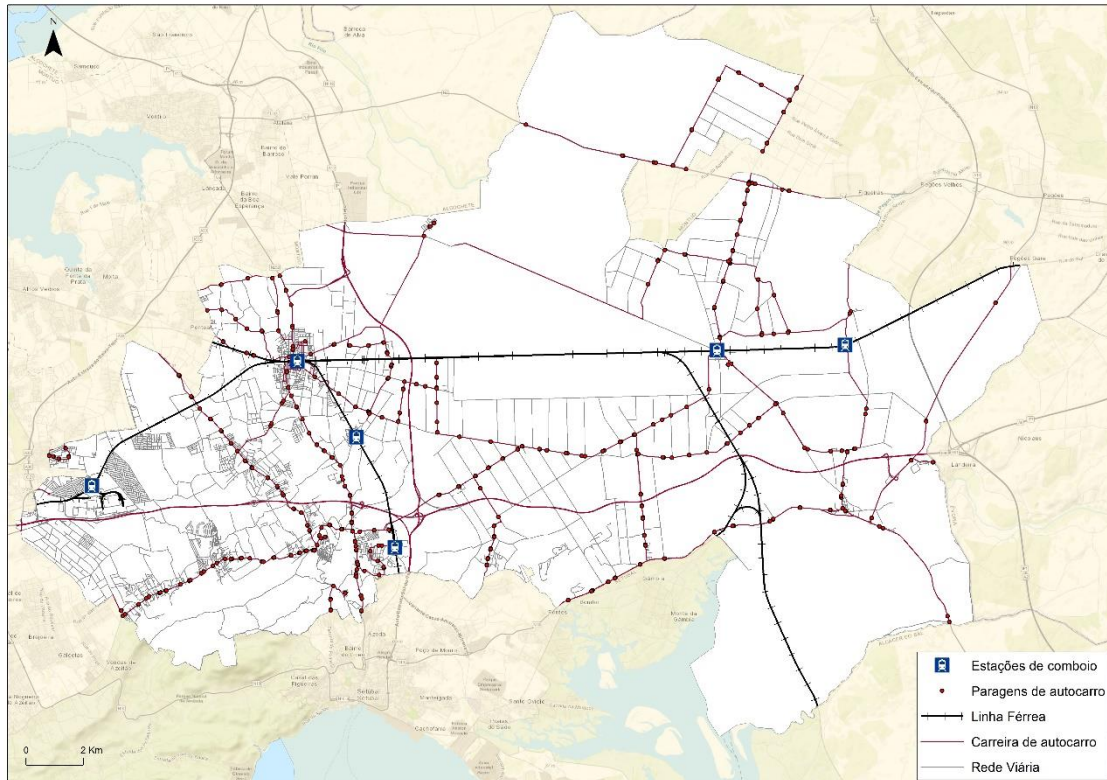


Figura 14 - Rede viária de Palmela

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

### 5.3.3. Caracterização dos equipamentos de saúde

Relativamente aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o concelho de Palmela está inserido no ACES Arrábida, fazendo parte da ARS Lisboa e Vale do Tejo. Esta área abrange 9 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 2 Unidade de Saúde Familiar (USF), do tipo A e B, e 1 Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) que presta serviço a todas as freguesias do concelho de Palmela (Figura 15).

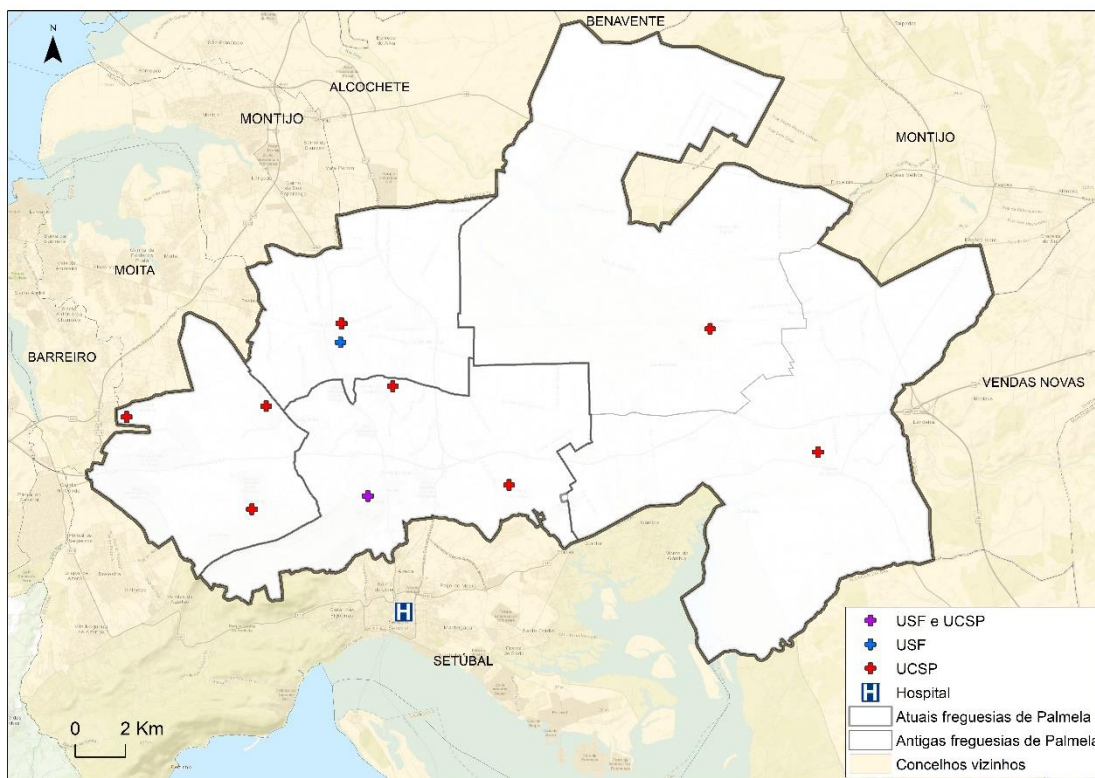


Figura 15 - Equipamentos de cuidados de saúde  
Fonte: SNS (2019) e DGT (2011 e 2018)

Estão inscritos 28 405 utentes nas duas USF localizadas em Palmela, do total de utentes 22% têm mais de 65 anos. As 9 UCSP abrangem um total de 33 072 utentes, onde 22% dos utentes se encontra na classe etária de 65 ou mais anos. A UCC abrange 57942 utentes e 12% são idosos. Em termos de pessoal, existem 51 profissionais de saúde, enfermeiros e médicos, que prestam serviço de saúde nas USF, 10 profissionais na UCC de Palmela e um total de 98 profissionais nas UCSP.

	Total de residentes (Nº)	Total de inscritos (Nº)	Inscritos (%)	Residentes com ≥ de 65 anos (Nº)	Inscritos com ≥ 65 anos (Nº)	Inscritos com ≥ 65 anos (%)	Inscritos com 65 - 74 anos (Nº)	Inscritos com ≥ 75 Anos (Nº)
USF Santiago de Palmela	17481	17459	100%	3501	3865	110%	1955	1910
USF Pinhal Saúde	25003	10961	44%	3687	1601	43%	902	699
UCSP Águas de Moura	8 482	3031	36%	1731	847	49%	408	439
UCSP Bairro dos Marinheiros	11865	1302	11%	2052	388	19%	200	188
UCSP Brejos Assa	17 481	669	4%	3501	239	7%	105	134
UCSP Venda do Alcaide	25 003	1630	7%	3687	452	12%	228	224
UCSP Quinta do Anjo	11865	10193	86%	2052	1889	92%	957	932
UCSP Poceirão	8 482	2742	32%	1731	684	40%	341	343
UCSP Pinhal Novo - Praça Ultramar	25 003	12765	51%	3687	2842	77%	1338	1504
UCSP Olhos de Água	11865	355	3%	2052	N/D	N/D	N/D	N/D
UCSP Palmela	62 831	385	1%	10971	N/D	N/D	N/D	N/D

Quadro 14 - População residente e população inscrita nas unidades funcionais de Palmela

Fonte: INE (2011) e SNS (2019)

No que se refere ao atendimento hospitalar à população residente no concelho de Palmela, esta é servida pelo Hospital São Bernardo, do Centro Hospitalar de Setúbal.

Com exceção da UCSP Palmela, todas as unidades de saúde apresentam um suporte às consultas de medicina geral e familiar, tratamentos de enfermagem injetáveis, remoção de pontos, pensos, feridas crónicas, aconselhamento a diabéticos, saúde infantil, saúde materna/planeamento familiar e outros tratamentos e consultas específicas não discriminadas. Para além destes serviços de enfermagem nas unidades de saúde, também prestam serviço ao domicílio de enfermagem e de médicos, com exceção da UCSP Palmela.



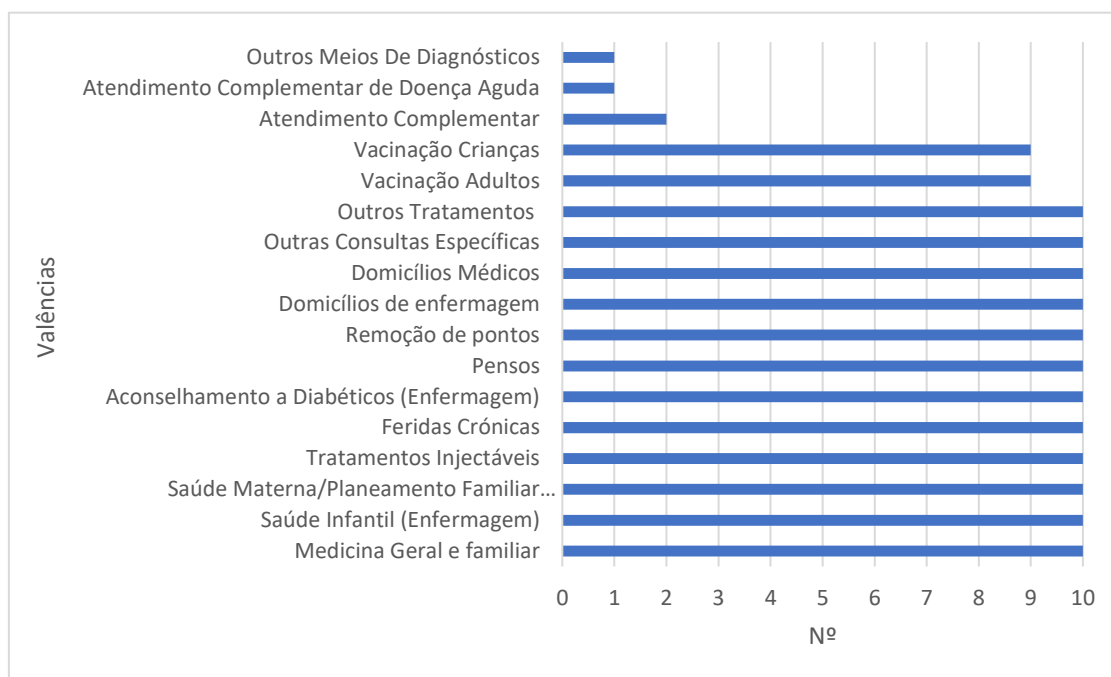


Figura 16 - Total de unidades funcionais por valência, em Palmela  
Fonte: SNS (2019)

Quanto às unidades de atendimento complementar, apenas a UCSP Palmela presta assistência com um atendimento complementar nos dias em que as unidades funcionais do concelho se encontram encerradas, encontrando-se em funcionamento sábados, domingos e feriados, das 10 h as 20h, desdobrando a sua área de influência de modo a dar resposta às várias freguesias existentes no concelho.

Relativamente ao horário de serviço prestado pelos equipamentos de cuidados primários, 4 unidades apresentam cerca de 12 horas diárias de funcionamento, com um horário das 8h as 20h. De seguida, 2 unidade apresentam um total de 10 horas diária, no entanto, uma das unidades, UCSP Palmela, só presta serviço complementar como referido anteriormente. As outras 5 unidades apresentam um serviço em funcionamento durante 8 horas diárias, maioritariamente das 9h as 17h, com exceção do UCSP Águas de Moura que abre e fecha 30 minutos antes do horário referido anteriormente, 8h30 – 16 h30.

A UCSP Olhos de Água apenas encontra-se aberto à segunda feira entre as 14h e as 17h, sendo a unidade de saúde que apresenta o menor número de horas em funcionamento (Quadro 17).



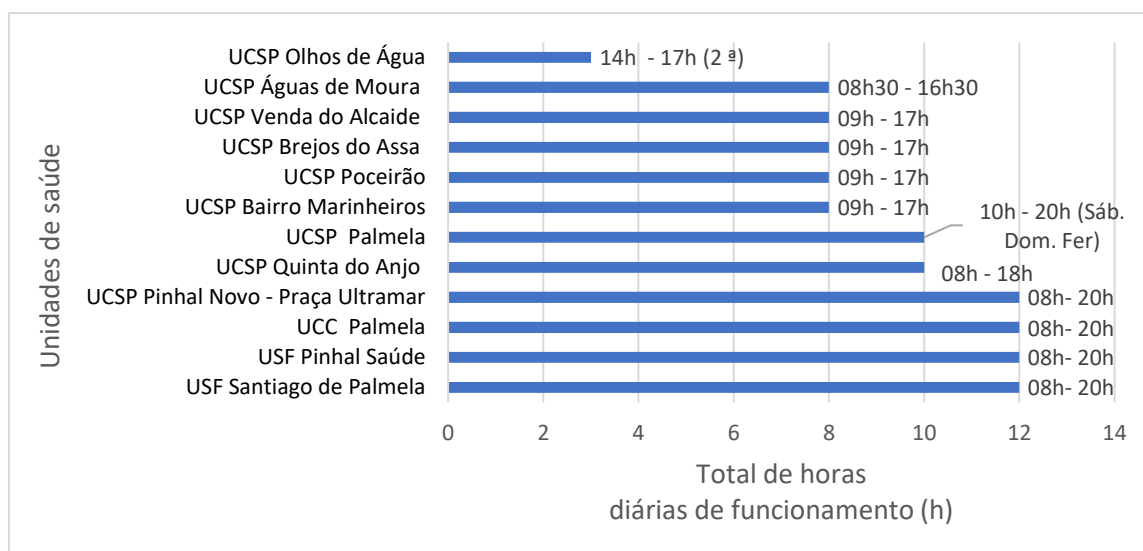


Figura 17 - Total de horas diárias de funcionamento das unidades funcionais de Palmela  
Fonte: SNS (2019)

#### 5.3.4. Áreas de influência

Após a caracterização dos equipamentos de cuidados de saúde primários é necessário entender as suas áreas de influência para perceber a acessibilidade da população idosa a estes serviços, e quais são as freguesias sobre servidas, ou seja, quais as áreas onde existe população potencialmente servida por mais do que uma unidade disponível e que apresenta a mesma área de influência.

Como foi referido, em Palmela existem de nove UCSP e apenas duas USF. Deste modo, existe uma vasta área do concelho que apenas tem capacidade de prestar um serviço de saúde disponibilizado pelas UCSP, correspondendo a 71,6% do total da área de Palmela e 34,5% da população idosa. Contudo, as freguesias que são sobre servidas por USF e UCSP são aquelas onde reside 67,6% da população do concelho e 65,5% da população idosa residente em Palmela (Quadro 15).

Como é visível na figura 18 não existe uma freguesia que apenas seja servida por USF.

	Área (%)	Área (km <sup>2</sup> )	População total abrangida (%)	População total abrangida (hab.)	População idosa abrangida (%)	População idosa abrangida (hab.)
Freguesias sobre servidas por USF e UCSP	28,4%	132 km <sup>2</sup>	67,6%	42484	65,5%	7188
Freguesias servidas apenas por USF						
Freguesias servidas apenas por UCSP	71,6%	333 km <sup>2</sup>	32,4%	20347	34,5%	3783

Quadro 15 - Caracterização das freguesias sobre servidas ou apenas servida por CSP  
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SNS (2019), DGT (2018) e INE (2011)

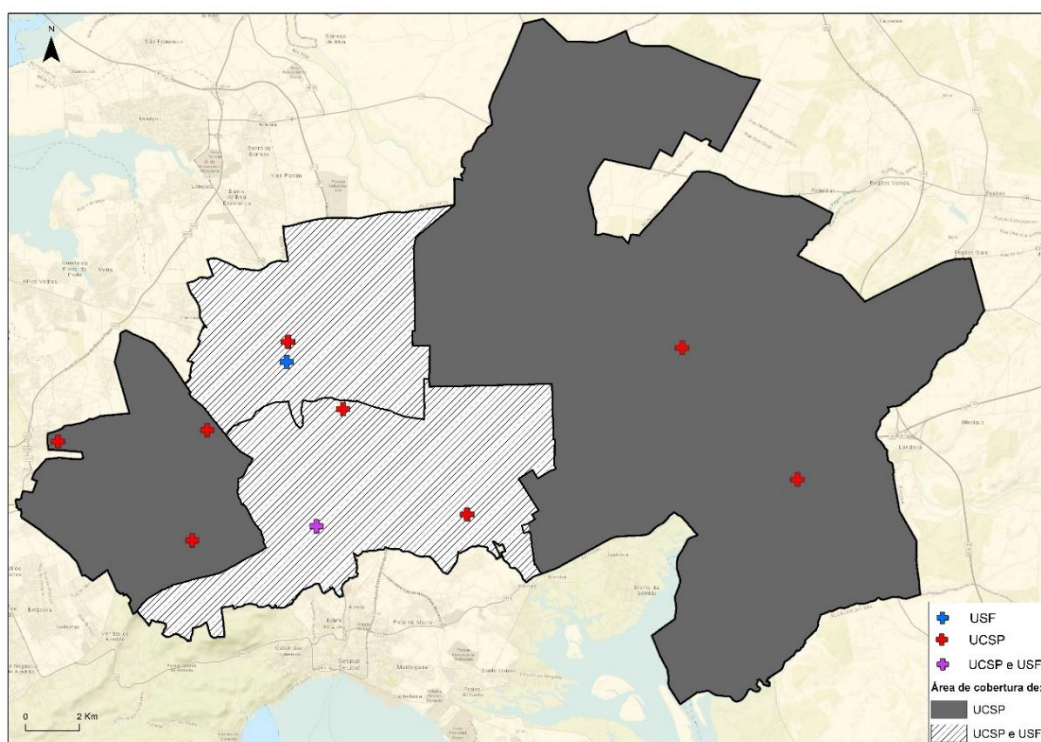


Figura 18 - Áreas de influência definidas pela DGS  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SNS (2019) e DGT (2018)

#### 5.3.4.1. Análise das USF de Palmela

Ao contrário da prestação de CSP realizados pelas UCSP, é visível que existem apenas duas USF no concelho de Palmela, localizadas nas duas freguesias demograficamente mais importantes, Pinhal Novo e Palmela (Quadro 16). As suas áreas de influência correspondem apenas às respetivas freguesias, deixando freguesia da Quinta do Anjo, Poceirão e Marateca sem prestação de um serviço de CSP praticada pelas USF.

USF	Área de influência
USF Santiago de Palmela	Palmela
USF Pinhal Saúde	Pinhal Novo

Quadro 17 - Áreas de influência das USF de Palmela  
 Fonte: SNS (2019)

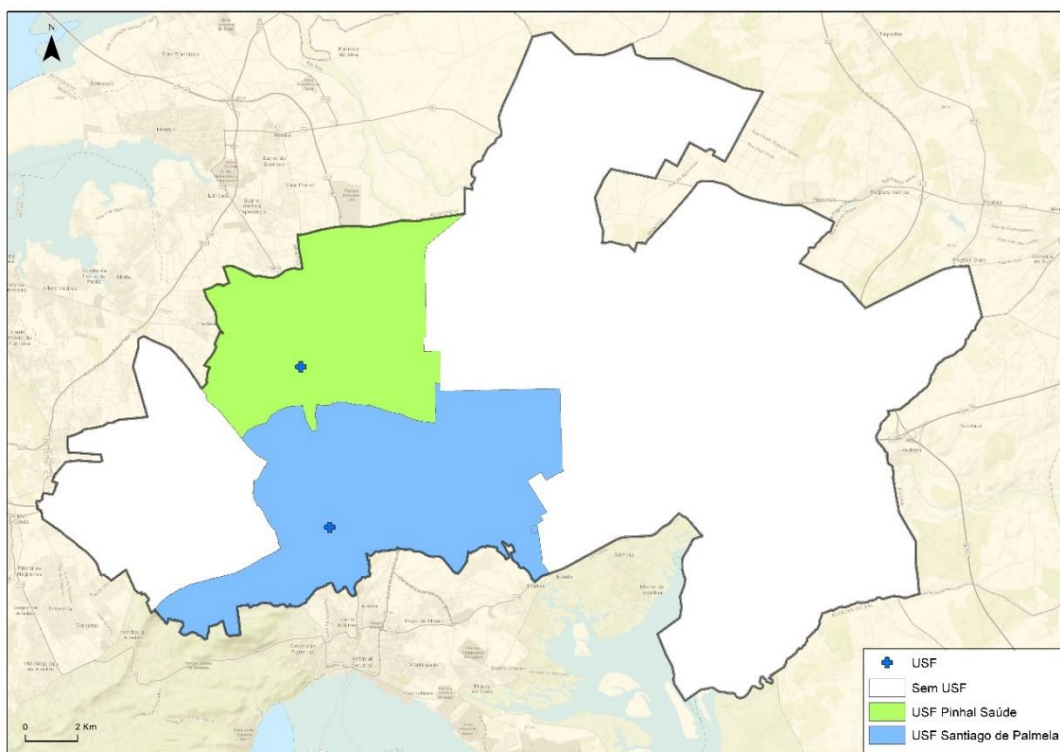


Figura 19 - Áreas de influência das USF de Palmela  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SNS (2019) e DGT (2018)

#### 5.3.4.2. Análise das UCSP de Palmela

Numa análise apenas direcionada às UCSP é visível que a freguesia da Quinda do Anjo tem presente três UCSP, sendo que duas delas estão bastante dispersas e junto ao limite da freguesia, como é o caso da UCSP Olhos de Água que está bastante próximo das freguesias de Pinhal Novo e Palmela, e a UCSP Bairro dos Marinheiros que se encontra praticamente na fronteira do limite administrativo do concelho, e bastante próxima da Moita. O mesmo acontece com a freguesia de Palmela, que apresenta três UCSP, contudo a UCSP Venda do Alcaide mesmo permanecendo na freguesia de Palmela apenas presta serviço à população residente no Pinhal Novo, e a UCSP Palmela apenas presta serviço de atendimento complementar, abrangendo todas as freguesias constituintes do concelho. Para além da UCSP Venda do Alcaide a freguesia de Pinhal Novo também apresenta a nova UCSP Pinhal Novo - Praça Ultramar, de forma a prestar serviço à urbanização situada junto à linha férrea.

Enquanto que as unidades funcionais que servem a União das freguesias de Poceirão e Marateca, freguesia com urbanização bastante dispersa, estão bem delineadas segundo as antigas freguesias, pois a UCSP Poceirão está na antiga freguesia de Poceirão e a UCSP Águas de Moura está localizada na antiga freguesia de Marateca.

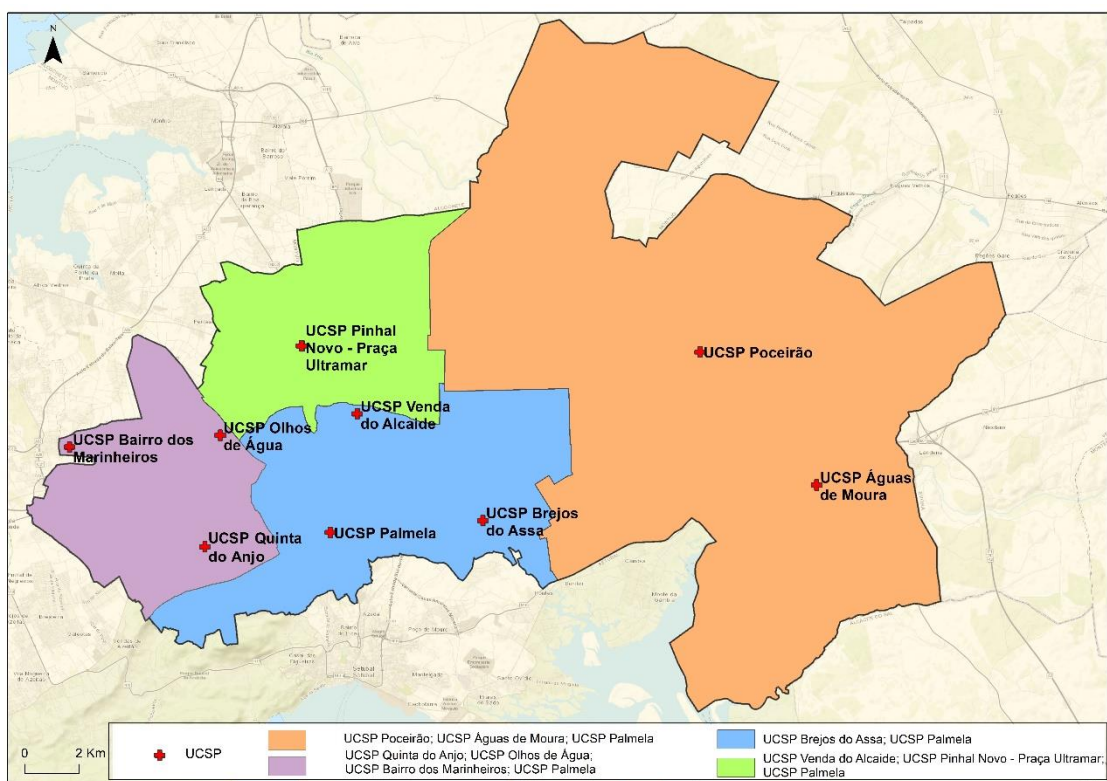


Figura 20 - Áreas de influência das UCSP de Palmela  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SNS (2019) e DGT (2018)

UCSP	Área de influência
UCSP Quinta do Anjo	Quinta do Anjo
UCSP Olhos de Água	Quinta do Anjo
UCSP Bairro dos Marinheiros	Quinta do Anjo
UCSP Poceirão	União das freguesias de Poceirão e Marateca
UCSP Águas de Moura	União das freguesias de Poceirão e Marateca
UCSP Brejos do Assa	Palmela
UCSP Palmela	Palmela; Pinhal Novo; Quinta do Anjo; União das freguesias de Poceirão e Marateca
UCSP Venda do Alcaide	Pinhal Novo
UCSP Pinhal Novo - Praça Ultramar	Pinhal Novo

Quadro 18 - Áreas de influência das UCSP de Palmela  
 Fonte: SNS (2019)



## 5.3. Concelho de Sintra

### 5.3.5. Caracterização demográfica

O concelho de Sintra representa 11% da área da AML, com uma área de 319, 23 km<sup>2</sup>. Sintra é um dos três concelhos da AML Norte que está banhado a Oeste pelo oceano Atlântico, partilhando fronteiras a Norte com o concelho de Mafra, a Este com os concelhos da Amadora, Loures e Odivelas, a Sudeste com Oeiras e a Sul com Cascais.

Atualmente, o concelho está dividido em 11 freguesias:

1. União de Freguesias de Agualva e Mira Sintra
2. Algueirão-Mem Martins
3. União de Freguesias de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro, Montelavar
4. União de Freguesia de Cacém e São Marcos
5. Casal cambra
6. Colares
7. União de Freguesias de Massamá e Monte Abraão
8. União de Freguesias de Queluz e Belas
9. Rio de Mouro
10. União de Freguesias de São João das Lampas e Terrugem
11. União de Freguesias de Sintra (Santa Maria e São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferirim)

Esta reorganização administrativa do território das freguesias surge ao abrigo da lei nº 11-A/2013, com o intuito de reajustar as 20 freguesias anteriormente existentes.

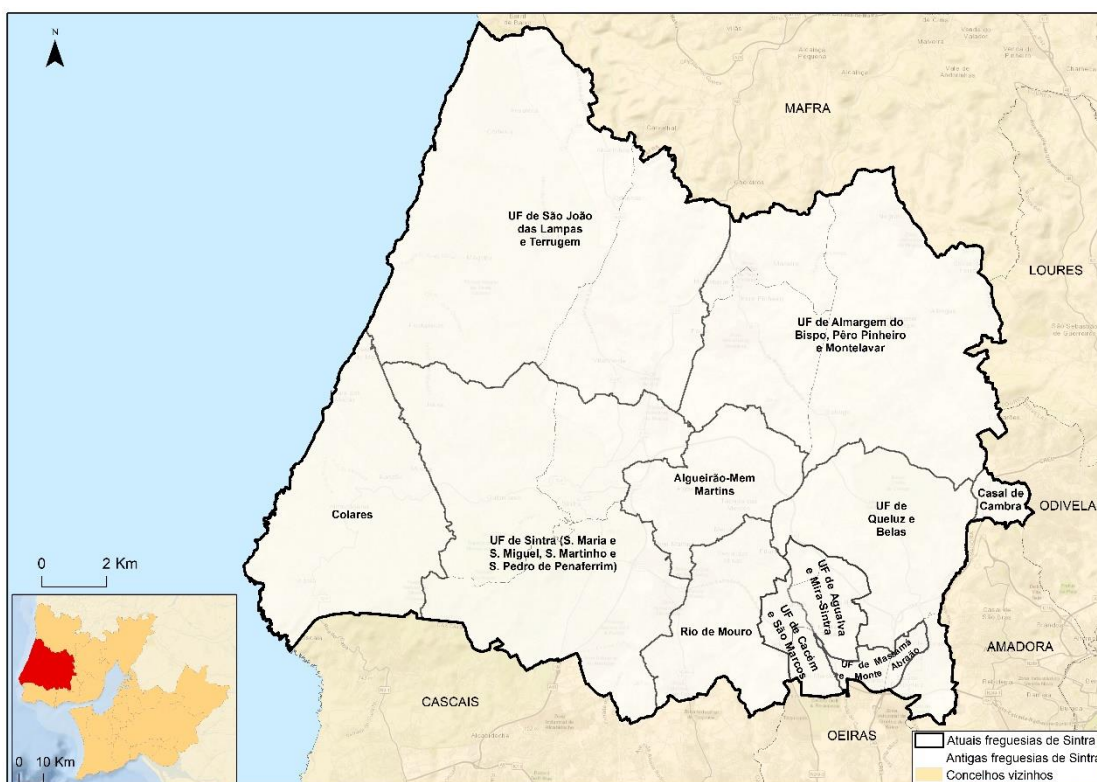


Figura 21 - Freguesias do concelho de Sintra  
Fonte: DGT (2011 e 2018)

De acordo com os Censos 2011 (INE), Sintra é o segundo concelho mais populoso de Portugal, com 377 835 habitantes, concentrando 4% da população nacional e 13% da população da AML.

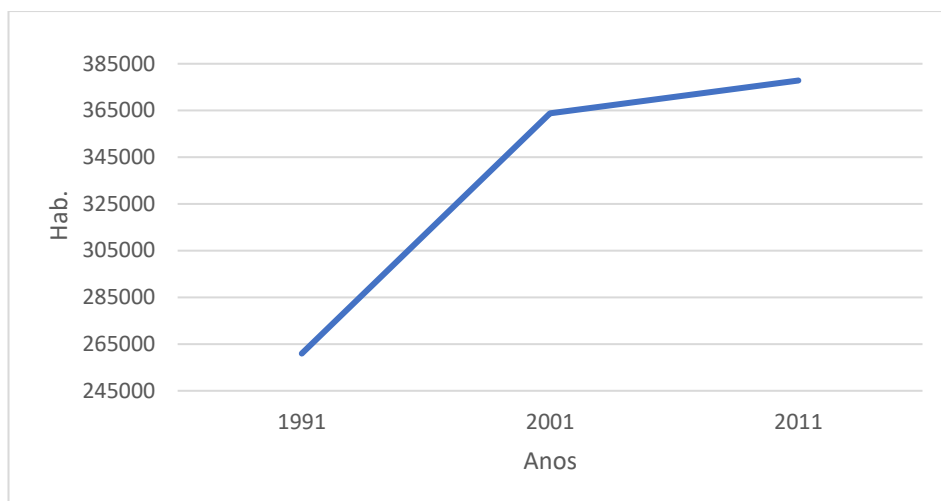


Figura 22 - Evolução do total da população residente no concelho de Sintra, entre 1991 e 2011  
Fonte: INE (2011)

É visível no quadro 18 que mais de metade da concentração populacional do concelho, está concentrada em 4 freguesias, UF de Massamá e Monte Abraão, UF de Cacém e São Marcos, UF de Agualva e Mira Sintra e Casal de Cambra, correspondendo a 79% do total da população do concelho.

No que toca às urbanizações dispersas em Sintra, verifica-se que UF de São João das Lampas e Terrugem apresenta a maior proporção de tecido edificado descontínuo (42%), de seguida a freguesia de Colares e UF de Cacém e São Marcos têm o mesmo peso de tecido descontínuo (17%), frisando que a freguesia Rio de mouro também apresenta uma proporção significativa de edificado descontínuo, 14%.

Freguesias	Habitantes	Área (km <sup>2</sup> )	Densidade Populacional (Hab./Km <sup>2</sup> )	Tecido edificado descontínuo (km <sup>2</sup> )	Tecido edificado descontínuo (%)
UF de Agualva e Mira Sintra	41104	5,98	6872,43	0,05	1%
Algueirão-Mem Martins	66250	15,99	4143,22	1,98	12%
UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro, Montelavar	16788	64,07	262,03	5,35	8%
UF de Cacém e São Marcos	38701	4,44	8708,60	0,75	17%
Casal de Cambra	12701	2,17	5853,00	0,02	1%
Colares	7628	33,37	228,57	5,71	17%
UF de Massamá e Monte Abraão	48921	3,09	15852,56	0,21	7%
UF de Queluz e Belas	52335	26,47	1977,22	1,65	6%
Rio de Mouro	47311	16,49	2869,07	2,25	14%
UF de São João das Lampas e Terrugem	16505	83,55	197,55	34,87	42%
UF de Sintra (Santa Maria e São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	29591	63,55	465,63	7,51	12%
Total	377835	319,17	1183,80	60,34	19%

Quadro 19 - Distribuição da população residente nas freguesias de Sintra  
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do INE (2011) e DGT (2018)

Relativamente à população residente em Sintra, agrupou-se a população em 5 grandes grupos etários:

- População com menos de 14 anos;
- População entre os 15 e os 24 anos;
- População entre os 24 e os 64 anos;
- População entre os 65 e os 74 anos;
- População com mais de 75 anos.

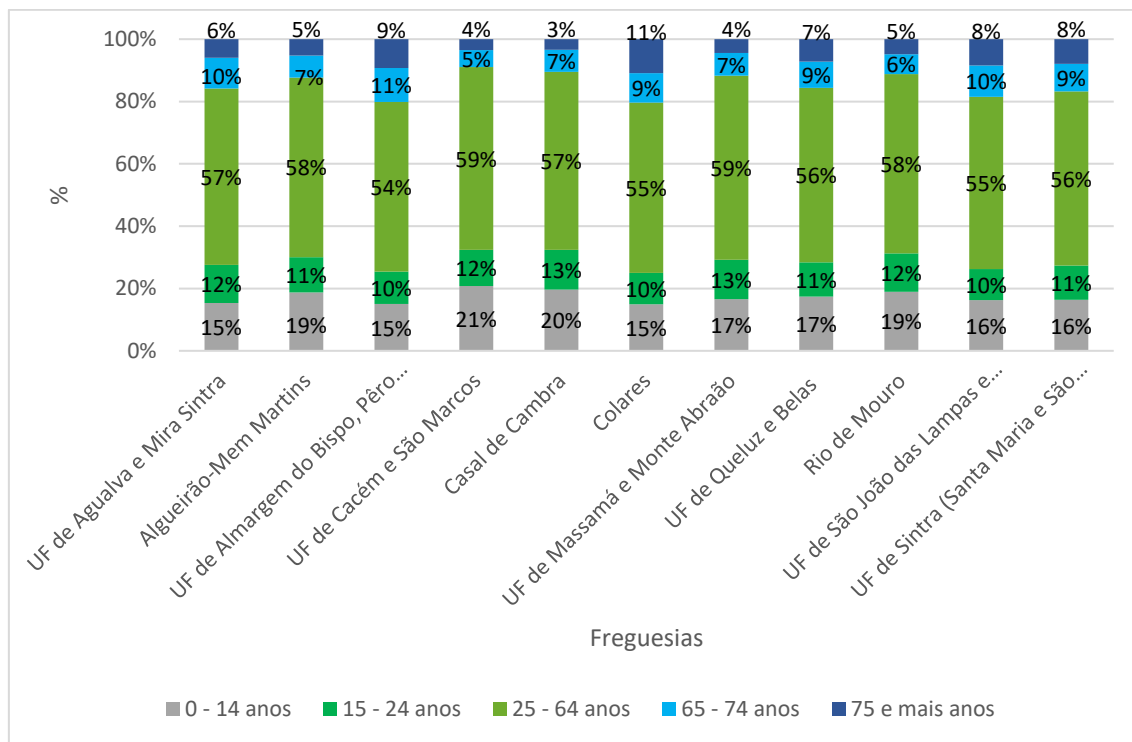


Figura 23 - Proporção dos grandes grupos etários na população residente em Sintra (%)  
Fonte: INE (2011)

Através da figura 23 é evidente que os grupos etários entre os 0-14 anos e os 25-64 anos são os que apresentam maior peso comparativamente às restantes classes etárias, destacando. Apenas a freguesia de Colares apresenta mais população com idade igual ou superior a 75 anos, 11%, em comparação com a população com idade entre os 65 e os 74 anos, 9%.

É visível que na UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro, Montelavar a população entre os 65 e os 74 anos apresentam maior peso, 11%, comparativamente à população jovem entre os 15 e os 24 anos, 10%, semelhante dinâmica acontece em UF de São João das Lampas e Terrugem e UF de Sintra, tendo a mesma proporção de população nas duas classes etárias anteriormente referidas. A população ativa entre 25 e os 64 anos tem maior peso (59%) nas freguesias de UF de Massamá e Monte Abraão e a UF de Cacém e São Marcos, como também da população entre os 15 e os 24 anos, 13% e 12%, respetivamente. Posteriormente com mais peso na faixa etária ativa, surge a freguesia de Algueirão-Mem Martins e Rio de Mouro, com 58%.

Com a análise realizada verifica-se que proporção de população idosa é maior nas freguesias que se encontram na coroa 3 e na coroa 4.

### 5.3.6. Caracterização da rede de transportes

O crescimento populacional e concentração em torno da linha de caminho de ferro teve como génese uma resposta à elevada procura por parte da “população com menor poder de compra e apresenta atualmente marcas expressivas da fraca estruturação da urbanização e baixos índices de qualidade da construção e do espaço público” (PROTAML, 2002, p.45).

A necessidade de concentração e ocupação do solo junto às grandes acessibilidades ao centro da cidade de Lisboa, tanto ferroviárias, servida pela CP, como rodoviárias, nomeadamente a IC19, A16, A9, trouxe consigo um processo de suburbanização na área periférica da capital, originando um povoamento disperso e fragmentado, com novas dinâmicas de ocupação do solo e problemas de mobilidade nomeadamente na população localizada no limite sul da IC19, onde em algumas “áreas pontuais, verifica-se já a necessidade de renovar o tecido edificado em resultado do elevado nível de degradação de alguns bairros habitacionais de muito má qualidade de construção, bem como do declínio e abandono de instalações industriais” (PROTAML, 2002, p.45).

Tal como Palmela, os dois principais modos de deslocação da população residente em Sintra é o automóvel (como condutor ou passageiro) ou a caminhada. A proporção da população que utiliza o automóvel para as suas deslocações é maior nas freguesias com uma urbanização mais dispersas, como é o caso da UF de São João das Lampas e Terrugem, UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro, Montelavar, Colares e UF de Sintra (Santa Maria e São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim), onde mais de metade da população utiliza o automóvel para as suas deslocações. Das freguesias mencionadas que apresentam uma urbanização mais dispersa verifica-se uma representatividade maior da população que opta pela utilização da bicicleta como modo de deslocação no seu quotidiano, com exceção da freguesia de UF de Sintra (Santa Maria e São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim). Em oposição, é visível que o modo pedonal é mais praticado nas freguesias com uma urbanização mais consolidada (Quadro 19).

Referentemente à utilização dos transportes públicos (TP) a população em Sintra opta pela utilização do comboio, principalmente nas freguesias mais próximas à linha férrea, como é o caso da UF de Agualva e Mira Sintra, UF de Massamá e Monte Abraão, Rio de Mouro e Algueirão-Mem Martins (Quadro 19).



	Pedonal	Automóvel ligeiro como condutor	Automóvel ligeiro como passageiro	Autocarro	Comboio	Motociclo	Bicicleta
UF de Aqualva e Mira Sintra	19%	30%	11%	12%	25%	0%	0%
Algueirão-Mem Martins	16%	39%	17%	7%	19%	1%	0%
UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro, Montelavar	14%	49%	17%	13%	2%	1%	1%
UF de Cacém e São Marcos	16%	37%	15%	11%	18%	1%	0%
Casal de Cambra	17%	35%	15%	26%	0%	0%	0%
Colares	12%	48%	21%	10%	5%	1%	1%
UF de Massamá e Monte Abraão	17%	35%	13%	8%	24%	1%	0%
UF de Queluz e Belas	14%	37%	16%	13%	17%	1%	0%
Rio de Mouro	17%	38%	15%	7%	20%	1%	0%
UF de São João das Lampas e Terrugem	9%	50%	19%	13%	4%	1%	1%
UF de Sintra (Santa Maria e São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	11%	47%	20%	10%	10%	1%	0%

Quadro 20 - Modos de deslocação no concelho de Sintra

Fonte: INE (2011)

Os principais eixos viários de Sintra são dispersos pelo concelho, contudo com maior incidência a Nordeste ou Sudeste, estando subdividida em 3 níveis de eixos viários:

1. Autoestradas (AE)
2. Itinerários Complementares (IC)
3. Estradas Nacionais (EN) e Estradas Municipais (EM)

Sintra tem duas grandes Autoestradas a Sudeste, a A9 cruza a UF de Massamá e Monte Abraão, UF de Queluz e Belas e Casal de Cambra, e a A16 que cruza a UF de Sintra, Algueirão-Mem Martins, UF de Aqualva e Mira Sintra, UF de Queluz e Belas.

Num segundo nível, mas com bastante relevância, a IC19, que apresenta fortes ligações ao centro de Lisboa, cruzando a UF de Sintra, Rio de Mouro e UF de Cacém e São Marcos, sendo visível uma dinâmica bastante semelhante com linha ferroviária percorrendo paralelamente o mesmo trajeto. Com ligações Norte-Sul é visível que a IC16 cruza a UF de Sintra e a UF de São João das Lampas e Terrugem.

As duas grandes estradas municipais encontram-se a Nordeste designando-se por EM539 e EM545, incidindo apenas na UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro, Montelavar.

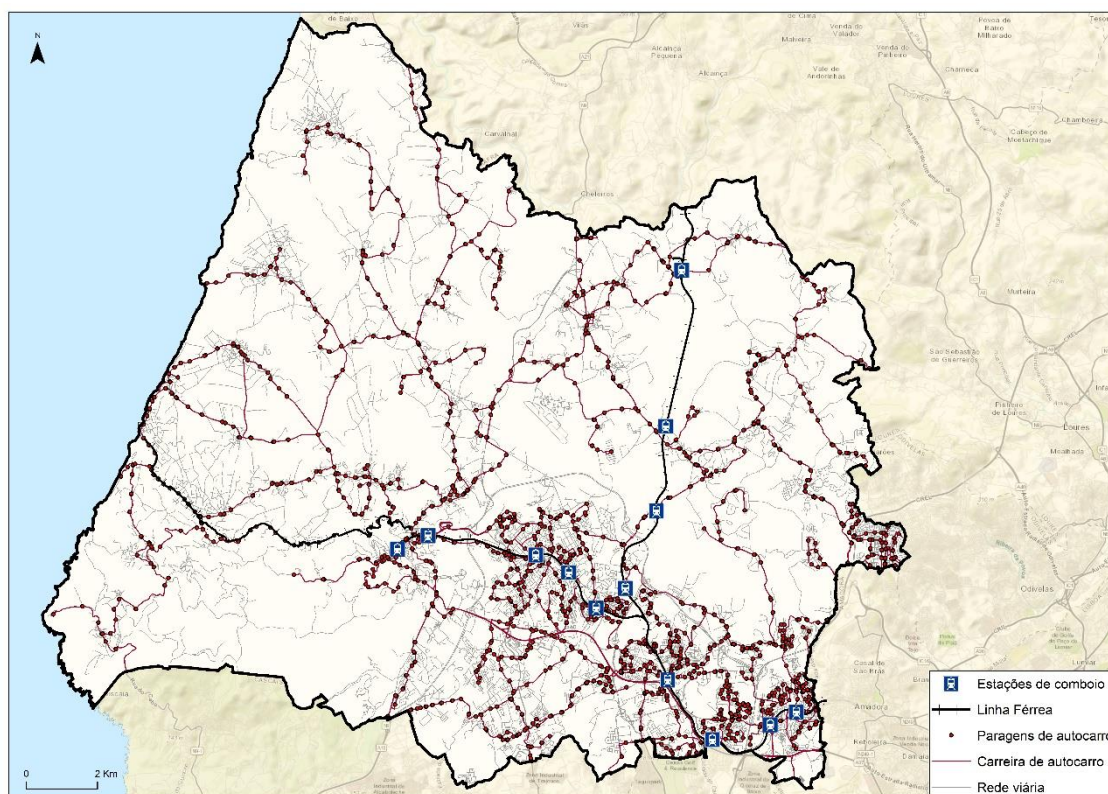


Figura 24 - Rede de transportes de Sintra

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados da ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

### 5.3.7. Caracterização dos equipamentos de saúde

Devido à sua dimensão e caracterização demográfica, o concelho de Sintra é o único constituinte do ACES Sintra, correspondendo aos limites administrativos, e por sua vez inserido na ARS Lisboa e Vale do Tejo. Como é visível na figura 25, o ACES Sintra tem uma forte incidência de USF, abrangendo 18 Unidade de Cuidados Familiares (USF), tanto do modelo A e B, 10 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e 5 Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Estas unidades funcionais estão subdivididas em 6 centros de saúde (CS).

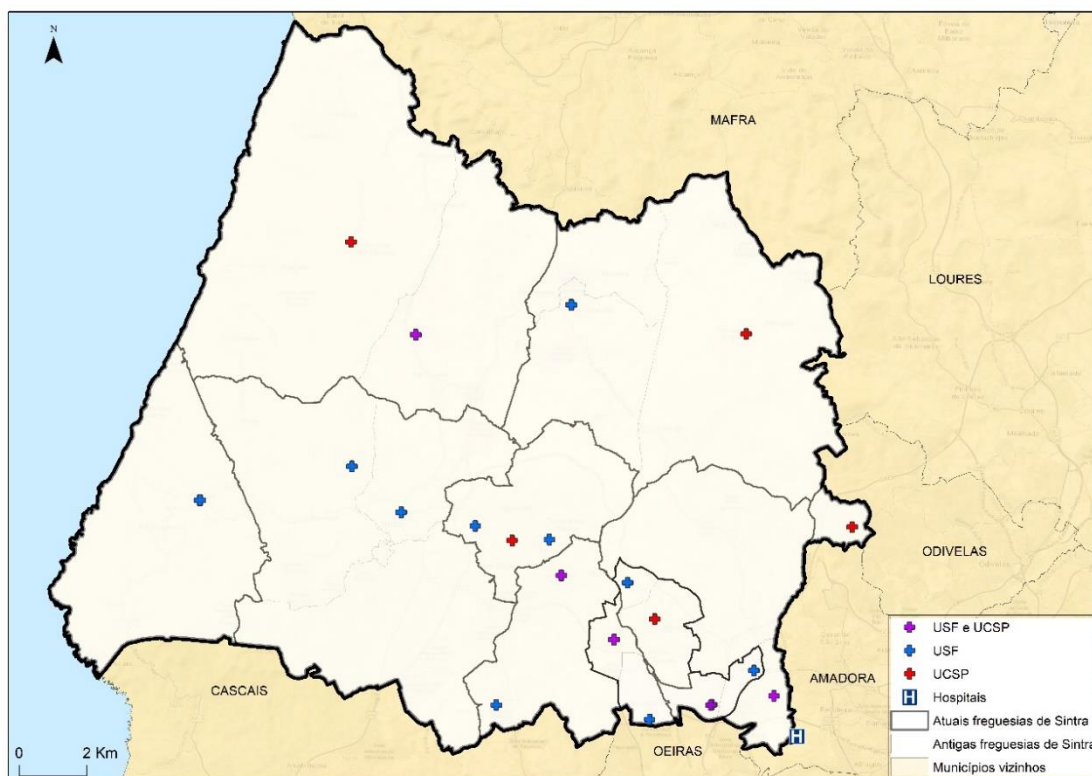


Figura 25 - Equipamentos de cuidados de saúde  
Fonte: SNS (2019) e DGT (2011 e 2018)

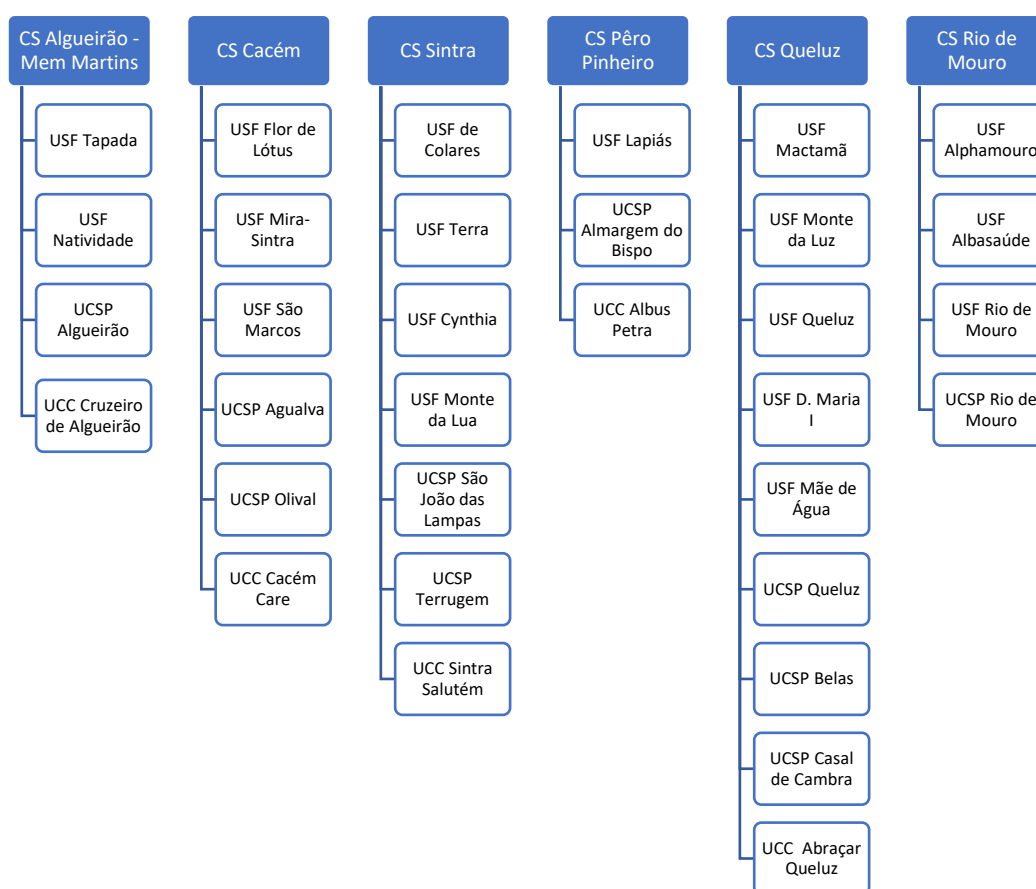


Figura 26 - Estrutura do modelo organizativo dos Centros de Saúde do ACES Sintra  
Fonte: Elaboração própria, a partir do SNS (2019)

De acordo com o BI- CSP, estão inscritos 358 496 utentes, menos 16 104 utentes comparativamente ao documento de planeamento do ACES de Sintra (2014). Para a prestação destes serviços de saúde existe um conjunto de 153 médicos, 141 médicos de clínica geral, 186 técnicos de enfermagem, 103 assistentes técnicos e 80 de outros profissionais (ARSLVT, 2014, p.7).

	Total de residentes (Nº)	Total de inscritos (Nº)	Inscritos (%)	Residentes com ≥ de 65 anos (Nº)	Inscritos com ≥ 65 anos (Nº)	Inscritos com ≥ 65 anos (%)	Inscritos com 65 - 74 anos (Nº)	Inscritos com ≥ 75 Anos (Nº)
USF Albasaúde	47311	9226	20%	5307	1767	33%	928	839
USF Alphamouro	47311	18264	39%	5307	3809	72%	2066	1743
USF Colares	7628	7295	96%	1554	1763	113%	871	892
USF Cynthia	29591	15803	53%	4952	3223	65%	1606	1617
USF D. Maria I	48921	8823	18%	5751	1558	27%	689	869
USF Flor de Lótus	38701	15010	39%	3478	2420	70%	1415	1005
USF Lapiás	16788	12387	74%	3386	2972	88%	1414	1558
USF Mactamã	48921	21507	44%	5751	4469	78%	2524	1945
USF Mãe de Água	48921	9584	20%	5751	2070	36%	1129	941
USF Mira-Sintra	41104	6964	17%	6504	2030	31%	841	1189
USF Monte da Lua	29591	9456	32%	4952	2040	41%	1036	1004
USF Monte da Luz	48921	17389	36%	5751	3227	56%	1853	1374
USF Natividade	66250	10726	16%	8138	2103	26%	1143	960
USF Queluz	52335	11 906	23%	8194	2846	35%	1356	1490
USF Rio de Mouro	47311	18845	40%	5307	2152	41%	1316	836
USF São Marcos	38701	12103	31%	3478	1097	32%	661	436
USF Tapada	66250	8782	13%	8138	898	11%	531	367
USF Terra	16505	7213	44%	3061	1678	55%	825	853
UCSP Aqualva	41104	26327	64%	6504	5130	79%	2831	2299
UCSP Algueirão	66250	42168	64%	8138	7336	90%	3995	3341
UCSP Almargem do Bispo	16788	5873	35%	3386	1297	38%	671	626
UCSP Belas	52335	26747	51%	8194	3796	46%	2085	1711
UCSP Casal de Cambra	12701	12109	95%	1332	2058	155%	1165	893
UCSP Queluz	52335	3426	7%	8194	n/d	n/d	n/d	n/d
UCSP Olival	79805	16089	20%	9982	3028	30%	1747	1281
UCSP Rio de Mouro	47311	12222	26%	5307	n/d	n/d	n/d	n/d
UCSP Terrugem/S. João Lampas - Pólo São João das Lampas	16505	8810	53%	3061	n/d	n/d	n/d	n/d
UCSP Terrugem/S. João Lampas - Pólo Terrugem	16505	12617	76%	3061	n/d	n/d	n/d	n/d

Quadro 21 - População residente e população inscrita nas unidades funcionais de Sintra  
Fonte: INE (2011) e SNS (2019)

No que se refere ao atendimento hospital a população residente no concelho de Sintra é abrangida pelo Hospital Fernando da Fonseca (HFF), no entanto, Algueirão- Mem Martins, Colares, a localidade de Pêro Pinheiro, a UF de João das Lampas e Terrugem e a União de Freguesias de Sintra são atendidas no Hospital José de Almeida (concelho de Cascais) para consultas relacionadas com a área materno-infantil. Para aliviar a pressão existente na urgência Central de HFF, o Serviço de Urgência Básica (SUB) de Algueirão-Mem Martins alberga os utentes que estão inscritos nas unidades de CSP subjacentes aos centros de saúde de Sintra, Rio de Mouro e Pêro Pinheiro (ARSLVT, 2014, p.9).

Relativamente ao horário de funcionamento das diferentes unidades funcionais existentes na ACES Sintra, destaca-se uma homogeneidade no horário das UCC, onde abrem às 08h e fecham às 20h. Para além das UCC também se verifica o mesmo horário de funcionamento para mais 12 unidade funcionais (USF e UCSP). Destacando que 14 USF e UCSP têm menos horas de funcionamento, com abertura à mesma hora, às 8 da manhã, mas com fecho às 18h. Apenas a UCSP Almargem do Bispo apresenta um menor número de horas em funcionamento, das 08h às 17h.

Todas as unidades de cuidados de saúde apresentam um suporte às consultas de saúde materna e infantil. Relativamente as UCSP localizadas em Sintra, todas prestam serviço de vacinação para adultos e crianças, consultas de medicina geral e familiar, consultas de saúde materna e infantil e consultas de planeamento familiar. De seguida, 8 em 10 UCSP prestam serviços de enfermagem como tratamentos injetáveis, realização de pensos e consultas de saúde materna ou planeamento familiar.

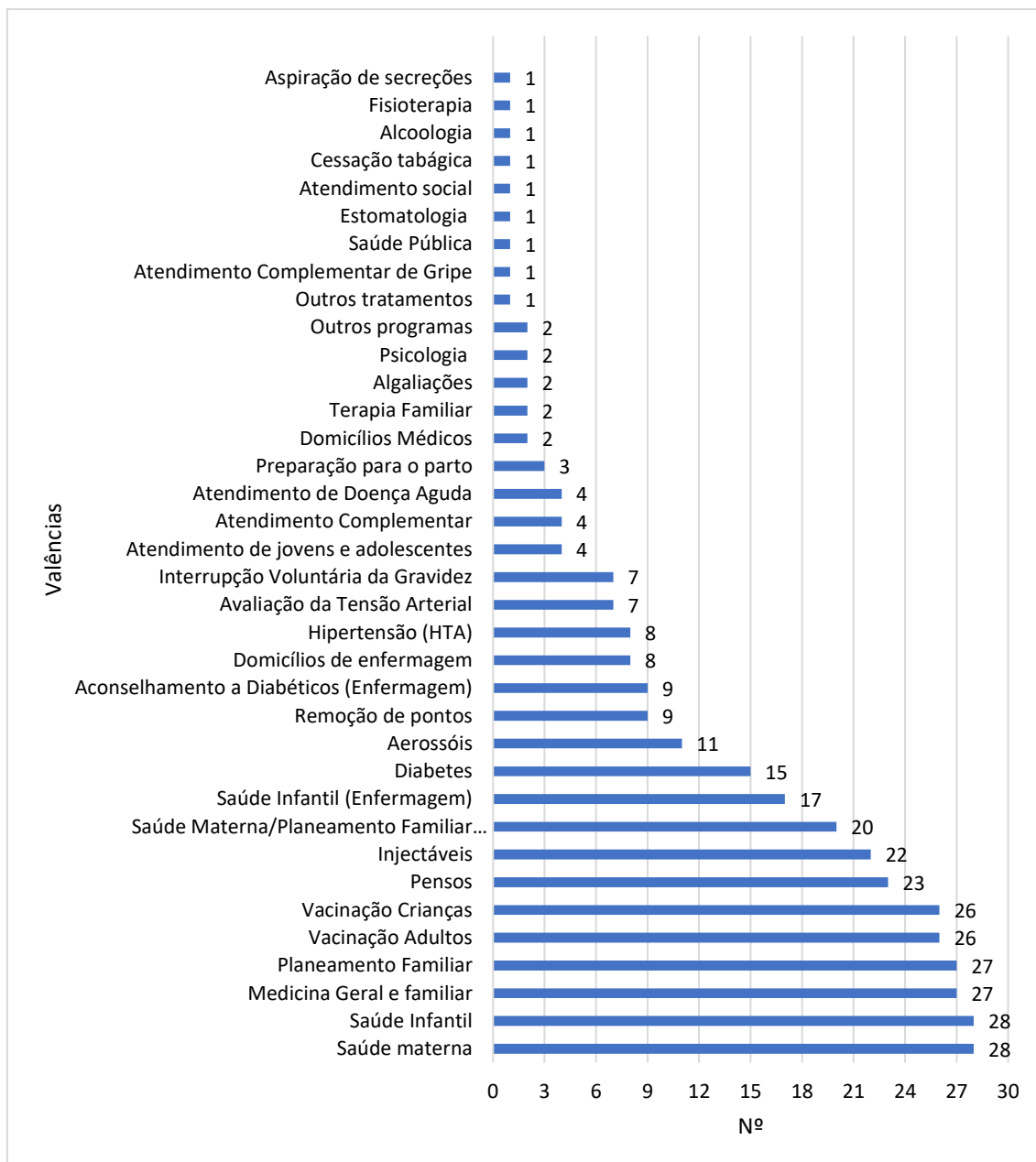


Figura 27 - Total de unidades funcionais por valência, em Sintra

Fonte: SNS (2019)



### 5.3.8. Áreas de influência

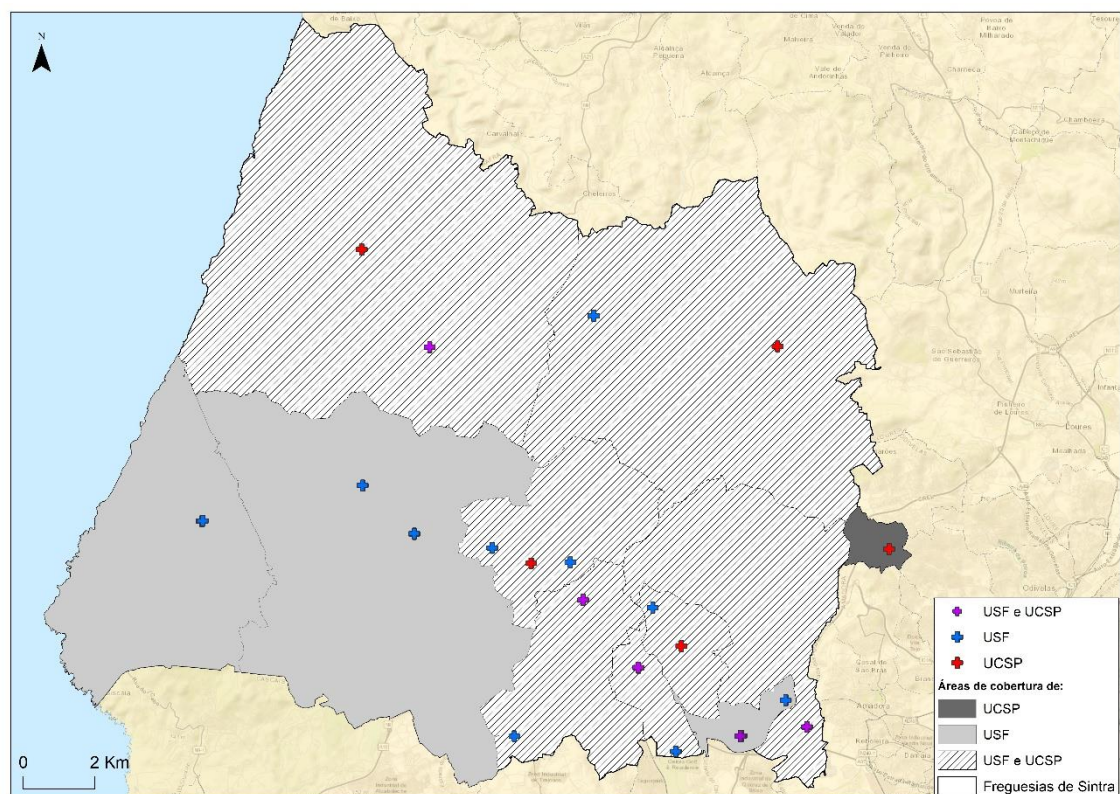


Figura 28 - Áreas de influência definidas pela DGS

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SNS (2019) e DGT (2018)

Como é visível no quadro 21, mais de metade do concelho de Sintra apresenta uma sobre prestação de cuidados primários, tanto ao nível das UCSP, como das USF, tendo uma cobertura de 68% da área total do concelho de Sintra, com um potencial de 73,8% da população total ser coberta por USF e UCSP e 73,7% da população idosa residente em Sintra.

Contudo uma parcela bastante significativa, 31,3% da área total de Sintra, apenas é servida por USF, onde reside 22,8% da população de Sintra e 23,7% da população idosa. Restando apenas uma freguesia, Casal de Cambra, que não tem capacidade de obter um serviço prestado por USF, utilizando apenas a UCSP existe nessa mesma freguesia, cobrindo apenas 2,6% da população idosa residente nessa freguesia.

	Área (%)	Área (km <sup>2</sup> )	População total abrangida (%)	População total abrangida (hab.)	População idosa abrangida (%)	População idosa abrangida (hab.)
Freguesias sobre servidas por USF e UCSP	68,0%	217 km <sup>2</sup>	73,8%	278994	73,7%	38068
Freguesias servidas apenas por USF	31,3%	100 km <sup>2</sup>	22,8%	86140	23,7%	12257
Freguesias servidas apenas por UCSP	0,7%	2,2 km <sup>2</sup>	3,4%	12701	2,6%	1332

Quadro 22 - Caracterização das freguesias sobre servidas ou apenas servida por CSP

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do SNS (2019), DGT (2018) e INE (2011)

### 5.3.8.1. Análise das USF de Sintra

Relativamente à distribuição das USF no concelho de Sintra destaca-se uma distribuição mais homogénea e com maior predominância deste tipo de unidade funcional. Apenas a freguesia de Casal de Cambra não tem a possibilidade de adquirir um serviço prestado por USF, sendo suportada pela prestação da UCSP Casal de Cambra. Ao contrário das áreas de influência das UCSP, verifica-se que a UF de Massamá e Monte Abraão está sobre servida por duas USF, pois a USF Mactamã e a USF Mãe de Água estão localizadas no mesmo edifício, o mesmo se verifica na freguesia de Rio de mouro, onde a USF Alphonmouro e a USF Rio de Mouro estão localizadas no mesmo edifício.

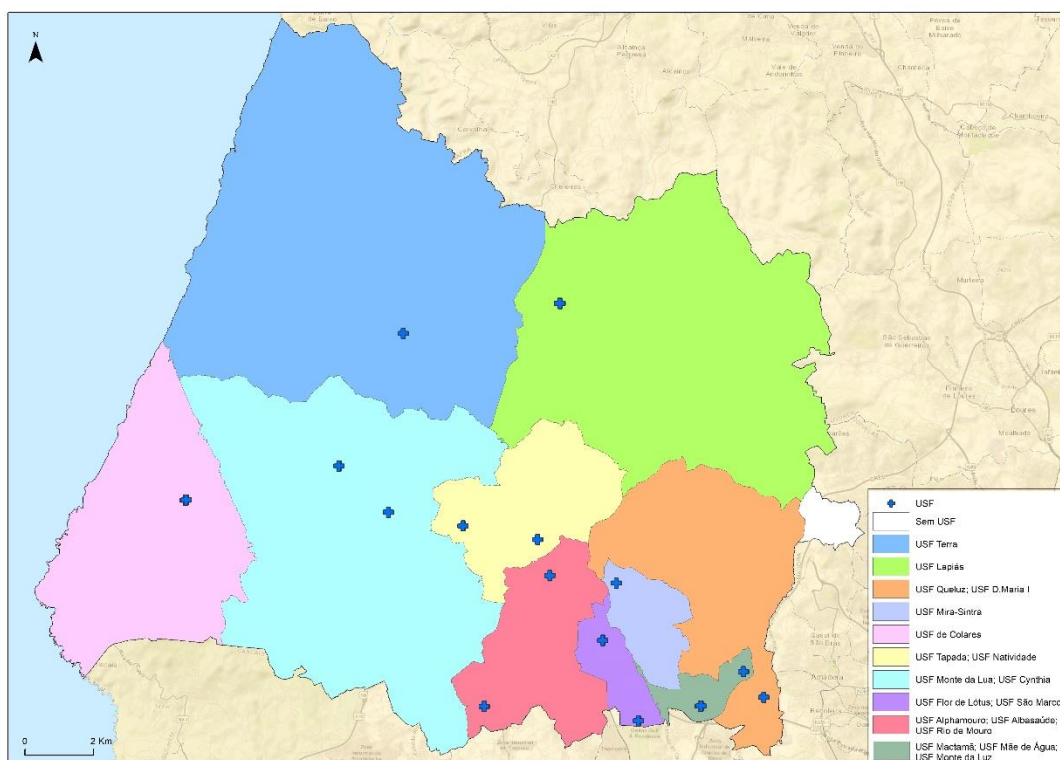


Figura 29 - Áreas de influência das USF no concelho de Sintra  
Fonte: SNS (2019), DGS (2018)



<b>USF</b>	<b>Área de influência</b>
USF Tapada	Algueirão-Mem Martins
USF Natividade	Algueirão-Mem Martins
USF de Colares	Colares
USF Albasaúde	Rio de Mouro
USF Alphamouro	Rio de Mouro
USF Rio de Mouro	Rio de Mouro
USF Mira-Sintra	UF de Agualva e Mira-Sintra
USF Lapiás	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar
USF Flor de Lótus	UF de Cacém e São Marcos
USF São Marcos	UF de Cacém e São Marcos
USF Mactamã	UF de Massamá e Monte Abraão
USF Mãe de Água	UF de Massamá e Monte Abraão
USF D. Maria I	UF de Queluz e Belas
USF Monte da Luz	UF de Massamá e Monte Abraão
USF Queluz	UF de Queluz e Belas
USF Terra	UF de São João das Lampas e Terrugem
USF Cynthia	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)
USF Monte da Lua	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)

Quadro 23 - Áreas de influência das UCSP de Sintra  
Fonte: SNS (2019)

#### 5.3.8.2. Análise das UCSP de Sintra

Relativamente às áreas de influência das UCSP definidas pelo SNS é visível na figura 30 que três freguesias não têm possibilidade de usufruir de um serviço praticado por UCSP, destacando a freguesia de Colares, a UF de Massamá e Monte Abraão e a UF de Sintra (Santa Maria e São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim). Contudo, verifica-se que a UCSP de Belas está localizada na UF de Massamá e Monte Abraão, mas apenas a população residente na UF de Queluz e Belas é que está alocada a esta unidade funcional.

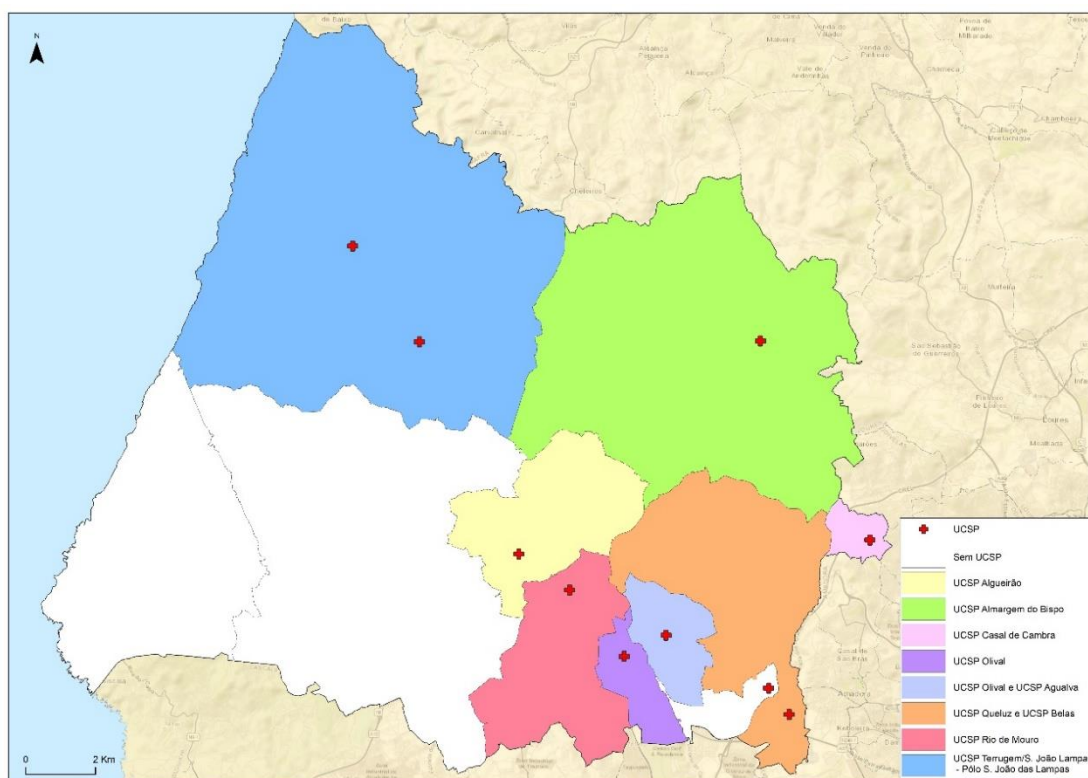


Figura 30 - Áreas de influência das UCSP no concelho de Sintra  
Fonte: SNS (2019), DGS (2018)

UCSP	Área de influência
UCSP Algueirão	Algueirão-Mem Martins
UCSP Rio de Mouro	Rio de Mouro
UCSP Casal de Cambra	Casal de Cambra
UCSP Agualva	UF de Agualva e Mira-Sintra
UCSP Almargem do Bispo	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar
UCSP Olival	UF de Agualva e Mira-Sintra; UF de Cacém e São Marcos
UCSP Belas	UF de Queluz e Belas
UCSP Queluz	UF de Queluz e Belas
UCSP Terrugem/S. João Lampas - Pólo São João das Lampas	UF de São João das Lampas e Terrugem
UCSP Terrugem/S. João Lampas - Pólo Terrugem	UF de São João das Lampas e Terrugem

Quadro 24 - Áreas de influência das UCSP de Palmela  
Fonte: SNS (2019)



## 6. Análise de resultados

A análise de resultados centra-se na acessibilidade física (distância-tempo) aos CSP, tendo em conta os diferentes perfis de deslocação, sendo discriminados dois grandes tipos de cuidados primários, USF e UCSP, e numa segunda análise, mais global, introduziram-se os dois tipos de equipamentos de saúde sem ter em conta as suas características. A análise desenvolvida neste capítulo irá caracterizar a população que é servida por uma unidade funcional (USF ou UCSP), e a população que está sobre servida por duas unidades (duas USF ou USF e UCSP) que estão localizadas no mesmo edifício e com a mesma área de influência. Esta análise tem como objetivo confrontar as delimitações administrativas de cada equipamento de CSP e o potencial de cobertura dos mesmos, frisando que a população administrativa é aquela que realmente consegue alcançar os serviços de saúde, pois encontra-se dentro da área de influência que lhe corresponde, enquanto que a população potencial é aquela que mesmo não estando localizada na área de influência poderia alcançar o serviço de saúde de acordo com o perfil em estudo.

A última etapa visa comparar a oferta e a procura dos CSP nos dois concelhos em estudo, tendo como base a realização dos inquéritos.

### 6.1. Acessibilidades

Após a caracterização das áreas de influência é necessário confrontar essas delimitações administrativas definidas pelo SNS com o potencial de cobertura populacional.

A análise das acessibilidades da população idosa aos CSP teve em consideração vários perfis de deslocação, modos suaves e modos motorizados. Os modos suaves são categorizados em dois perfis: modo de bicicleta (com uma velocidade de 8 km/h) e o modo pedonal, sendo que este último é ainda subdividido em dois perfis, a população idosa que não têm dificuldade na sua marcha ou têm uma baixa dificuldade, deslocando-se a uma velocidade de 3,5 km/h, e o perfil de indivíduos que apresentam uma média ou elevada dificuldade na sua caminhada, com uma velocidade de 1,6 km/h. Em seguida os modos motorizados estão categorizados em dois perfis: modo rodoviário (velocidade máxima permitida no troço) e o modo de transporte público coletivo (TP), no entanto é necessário ter em conta que o modo com recurso ao TP está também dependente da velocidade pedonal, uma vez que a população idosa precisa de se deslocar a pé até alcançar uma paragem ou estação de TP.

#### 6.1.1. Caso de Palmela:

##### 6.1.1.1. Perfil pedonal da população com baixa ou sem dificuldade

No concelho de Palmela existe uma UCSP em cada freguesia, situação que não se verifica com as USF, assim nota-se que existe uma maior acessibilidade às UCSP devido ao seu número e distribuição mais dispersa no território. As UCSP no concelho em estudo potencializam uma acessibilidade de 51,6% da população que reside até 30 minutos e uma acessibilidade real de 48,3% da população, em oposição, as USF apresentam um potencial de 30,3% da população idosa que reside até 30 minutos, não existindo diferença entre a sua prestação potencial e real. Como a análise é referente a modo de deslocação com baixa

velocidade verifica-se que mais de metade da população idosa reside a mais de 30 minutos tanto de uma USF (69,7%), como de uma UCSP (51,7%).

Numa segunda análise, ao conjugar os dois tipos de unidades de saúde, é visível que os CSP apresentam um potencial de 53,0% até 30 minutos, mas na realidade prestam serviço a 49,7% da população. Ao analisar pormenorizadamente os vários intervalos de tempo verifica-se que entre 15 e 30 minutos é onde se verifica maior concentração da população, tendo um potencial de 14,9% da população até as USF, 25,1% da população até as UCSP e 20,2% da população a um CSP. Apenas 11,6% da população idosa está até 30 minutos dos dois equipamentos de CSP, USF e UCSP Palmela, realidade que se verifica porque as duas unidades estão localizadas no mesmo edifício, com maior incidência no intervalo de tempo entre os 10 e os 15 minutos.

Unidade	USF				UCSP				Ambas			
População	População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa	
Tempos	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	0,8%	91	0,8%	91	4,1%	450	4,0%	441	4,4%	484	4,3%	475
Σ Até 5	0,8%	91	0,8%	91	4,1%	450	4,0%	441	4,4%	484	4,3%	475
]05 - 10]	7,8%	860	7,8%	860	11,1%	1221	10,9%	1198	14,9%	1636	14,7%	1613
Σ Até 10	8,7%	951	8,7%	951	15,2%	1671	14,9%	1639	19,3%	2120	19,0%	2088
]10 - 15]	6,7%	737	6,7%	737	11,3%	1235	10,7%	1178	13,5%	1481	13,0%	1424
Σ Até 15	15,4%	1688	15,4%	1688	26,5%	2906	25,7%	2817	32,8%	3601	32,0%	3512
]15 - 30]	14,9%	1632	14,9%	1632	25,1%	2755	22,6%	2478	20,2%	2218	17,7%	1941
Σ Até 30	30,3%	3320	30,3%	3320	51,6%	5661	48,3%	5295	53,0%	5819	49,7%	5453
> 30 min	69,7%	7651	69,7%	7651	48,4%	5310	51,7%	5676	47,0%	5152	50,3%	5518
Σ	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971

Quadro 25 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 3,5 km/h, em Palmela

Fonte: Elaboração própria

	USF		Ambas	
	População real sobre servida			
	%	BGRI	%	BGRI
<5 min			0,3%	33
Σ Até 5			0,3%	33
]05 - 10]			4,0%	443
Σ Até 10			4,3%	476
]10 - 15]			4,3%	471
Σ Até 15			8,6%	947
]15 - 30]			3,0%	324
Σ sobre servida			11,6%	1271
Não Sobre servida			88,4%	9700
Σ			100,0%	10971

Quadro 26 - População idosa sobre servida que caminha a velocidade de 3,5 km/h, em Palmela

Fonte: Elaboração própria

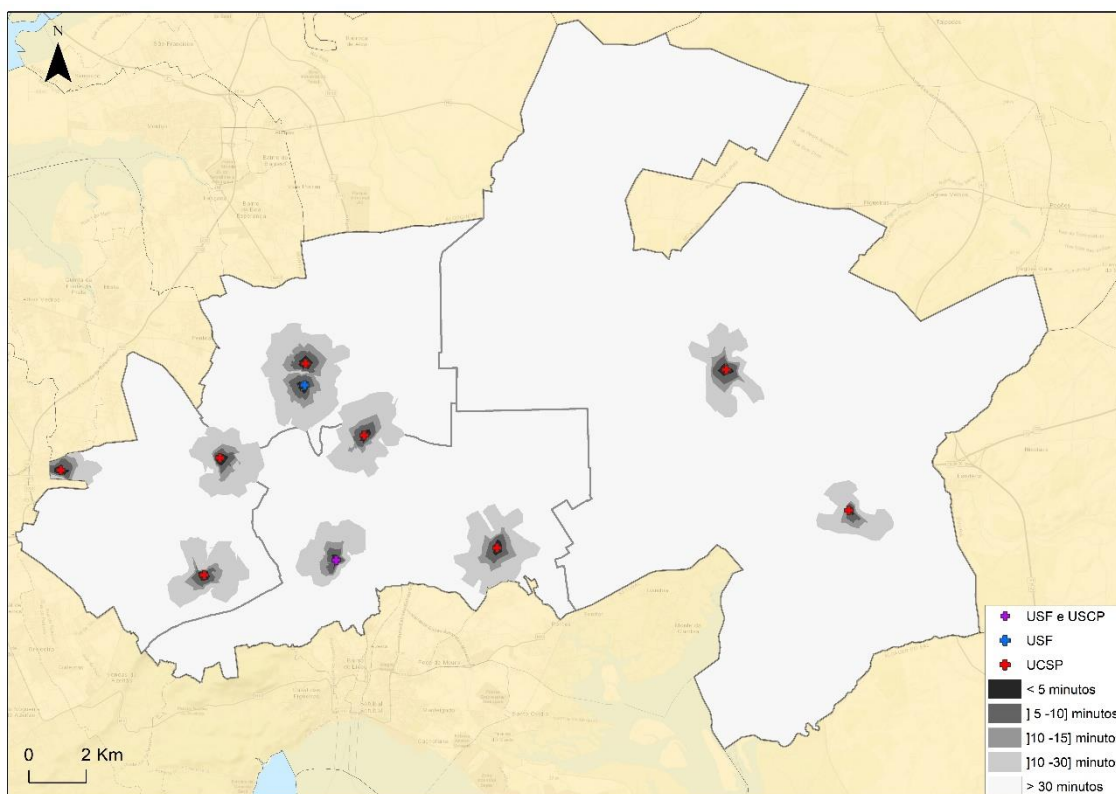


Figura 31 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 3,5 km/h até aos CSP, em Palmela  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

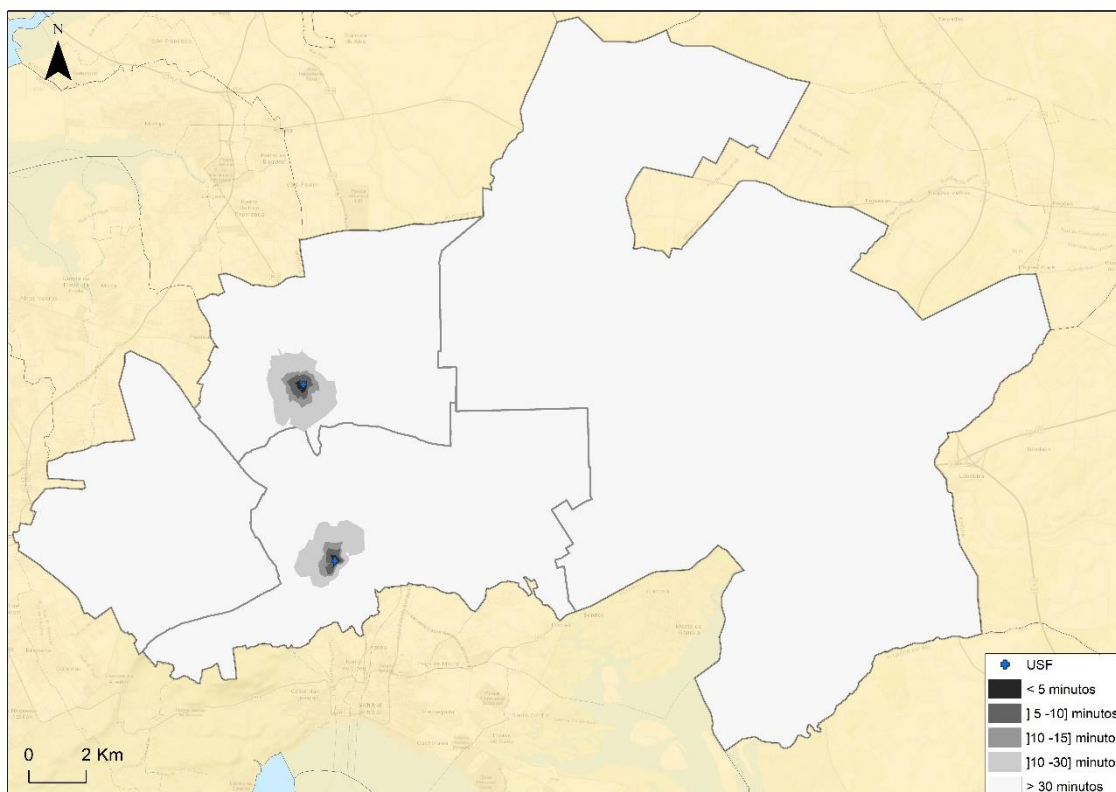


Figura 32 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 3,5 km/h até às USF, em Palmela  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

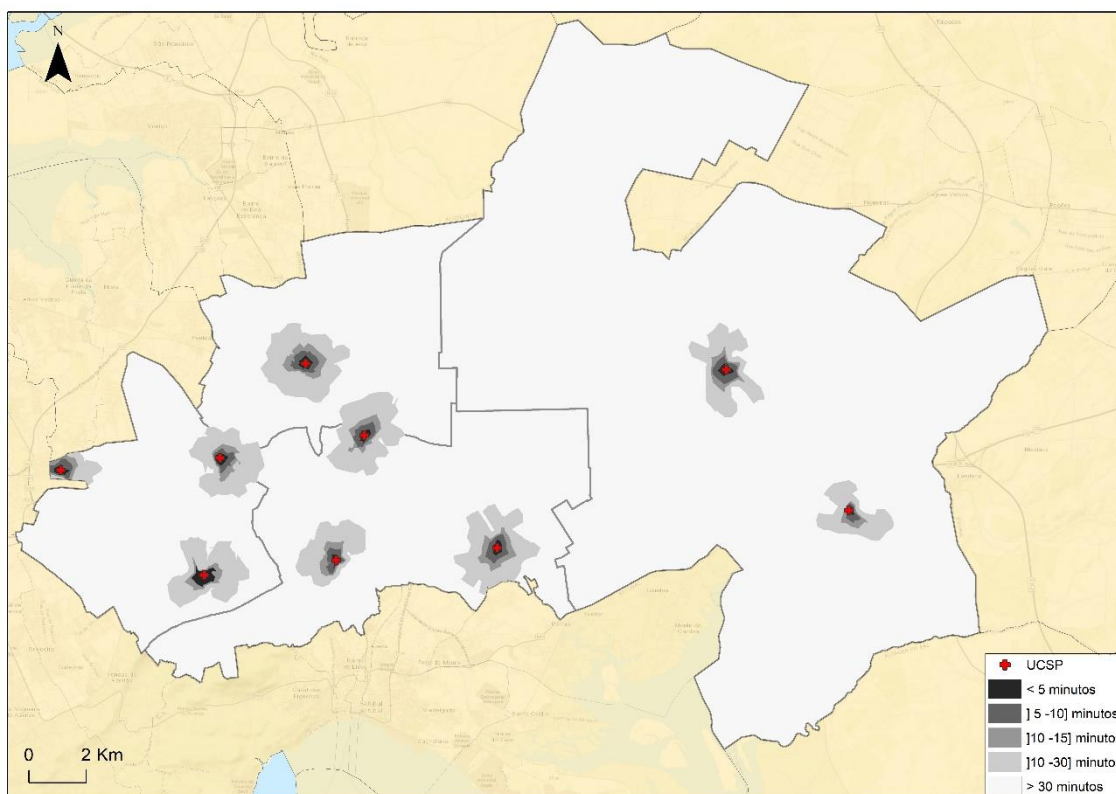


Figura 33 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 3,5 km/h até às UCSP, em Palmela  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

#### 6.1.1.2. Perfil pedonal da população com média ou elevada dificuldade

No que concerne à população idosa que se desloca a pé a uma velocidade de 1,6 km/h, é visível que existe uma redução de metade da população que é abrangida por um CSP em comparação com a população que se desloca a uma velocidade 3,5km/h. Analisando os dados obtidos neste estudo, verifica-se que não existe uma variação entre o potencial de cobertura de uma USF e aquela que realmente é abrangida, pois este tipo de unidade apresenta uma prestação de serviço a 14,5% da população idosa residente até 30 minutos, tendo em conta de 11,8% da população reside no último intervalo distância-tempo, entre 15 a 30 minutos. Mesmo com uma redução significativa da população abrangida pelas UCSP, ainda existe uma cobertura potencial de 27% da população que reside até 30 minutos, mas as UCSP prestam o real serviço a 25,8% da população que reside até 30 minutos desse tipo de unidade, apresentando a maior concentração populacional no penúltimo intervalo de tempo, com um potencial de 20,4% da população e uma prestação real de 19,3% da população que residem a uma distância tempo de 15-30 minutos.

Relativamente à sobre servida pela USF Santiago de Palmela e UCSP Palmela, verifica-se que apenas 8 % da população residente até 30 minutos consegue alcançar os diferentes tipos de serviço, pela. No entanto, ao ter em consideração o total da rede de CSP, é visível que cerca de 33,1% da população de Palmela tem a possibilidade de ser abrangida por um serviço que presta cuidados primários até 30 minutos, contudo, apenas 31,9% é que realmente conseguem alcançar esse serviço.

A reduzida diferença entre o potencial de cobertura e a população que administrativamente é abrangida deve-se à baixa velocidade que o indivíduo se desloca, não tendo capacidade para alcançar grandes distâncias num curto período de tempo. Esta realidade reflecte-se depois na forte incidência de utentes que residem a mais de 30 minutos do equipamento de CSP correspondente.

Unidade	USF				UCSP				Ambas			
População	População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa	
Tempos	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	0,1%	12	0,1%	12	0,8%	83	0,7%	82	0,9%	94	0,8%	93
Σ Até 5	0,1%	12	0,1%	12	0,8%	83	0,7%	82	0,9%	94	0,8%	93
]05 - 10]	0,5%	57	0,5%	57	2,5%	275	2,5%	269	2,8%	307	2,7%	301
Σ Até 10	0,6%	69	0,6%	69	3,3%	358	3,2%	351	3,7%	401	3,6%	394
]10 - 15]	2,0%	223	2,0%	223	3,4%	371	3,3%	360	4,7%	519	4,6%	508
Σ Até 15	2,7%	292	2,7%	292	6,6%	729	6,5%	711	8,4%	920	8,2%	902
]15 - 30]	11,8%	1300	11,8%	1300	20,4%	2235	19,3%	2122	24,7%	2714	23,7%	2601
Σ Até 30	14,5%	1592	14,5%	1592	27,0%	2964	25,8%	2833	33,1%	3634	31,9%	3503
> 30 min	85,5%	9379	85,5%	9379	73,0%	8007	74,2%	8138	66,9%	7337	68,1%	7468
Σ	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971

Quadro 27 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 1,6 km/h, em Palmela

Fonte: Elaboração própria

	USF		Ambas	
	População real sobre servida			
	%	BGRI	%	BGRI
<5 min			0,0%	1
Σ Até 5			0,0%	1
]05 - 10]			0,2%	25
Σ Até 10			0,2%	26
]10 - 15]			0,7%	76
Σ Até 15			0,9%	102
]15 - 30]			7,1%	778
Σ sobre servida			8,0%	880
Não Sobre servida			92,0%	10091
Σ			100,0%	10971

Quadro 28 - População idosa sobre servida que caminha a velocidade de 1,6 km/h, em Palmela

Fonte: Elaboração própria



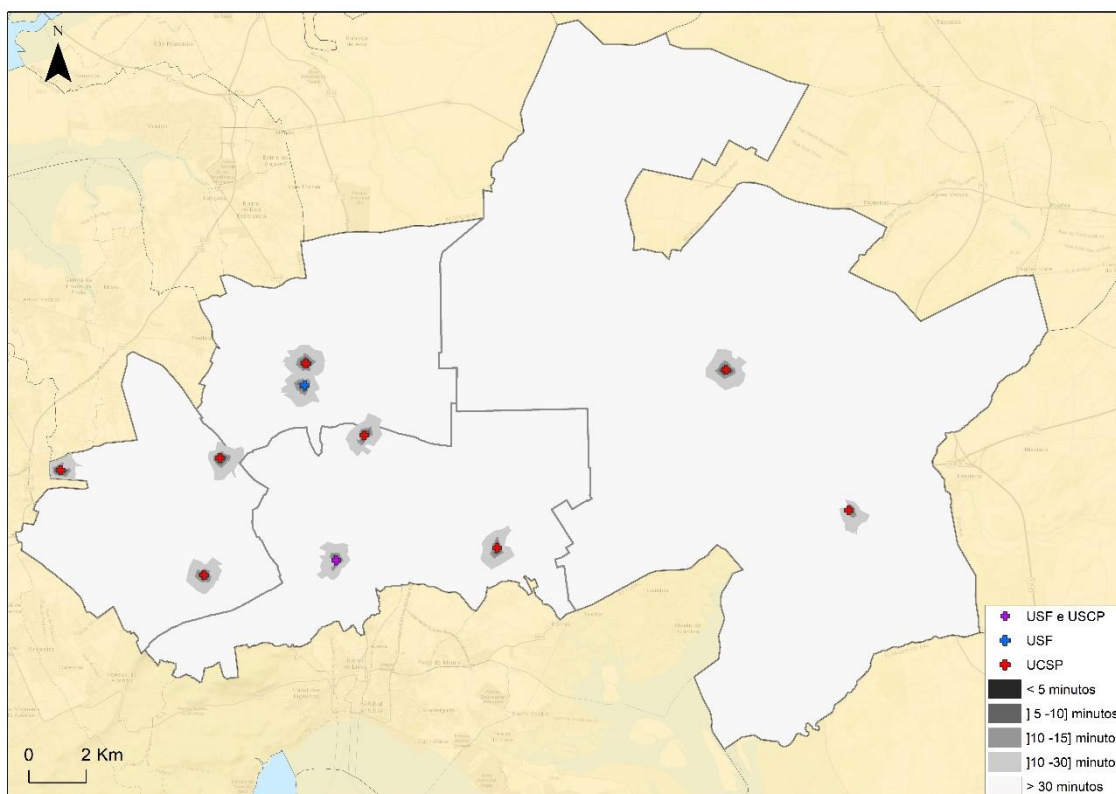


Figura 34 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 1,6 km/h até aos CSP, em Palmela  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

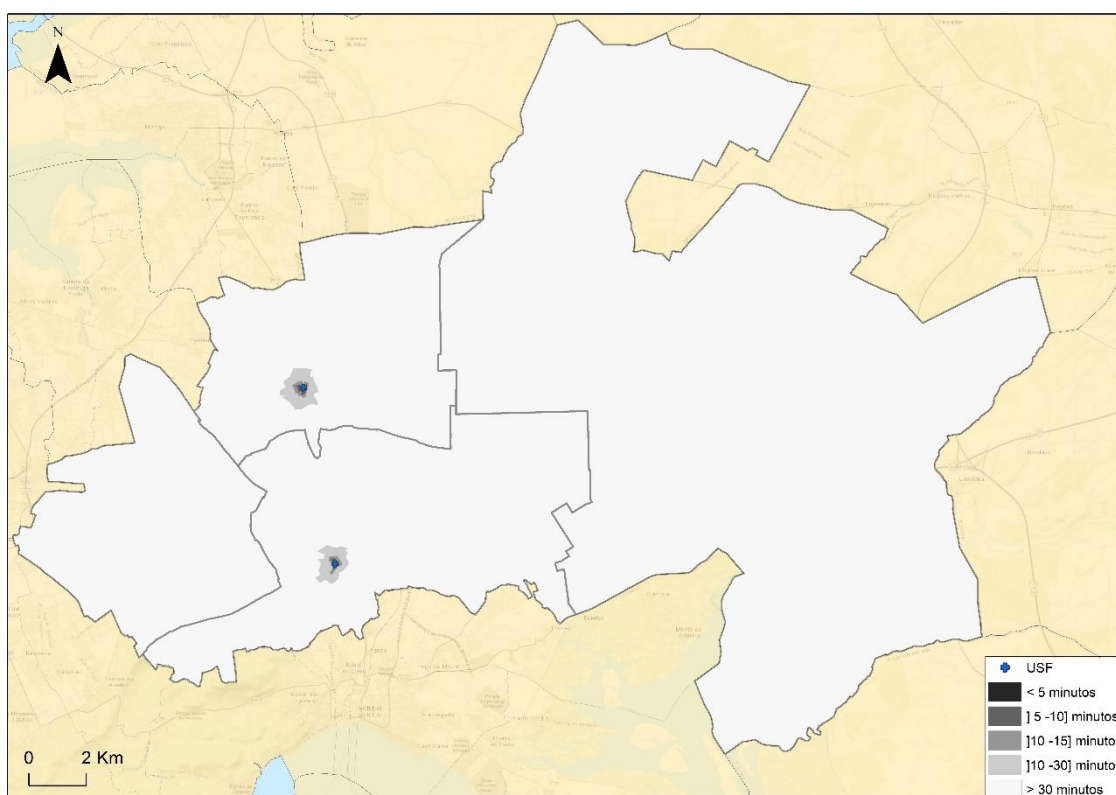


Figura 35 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 1,6 km/h até às USF, em Palmela  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

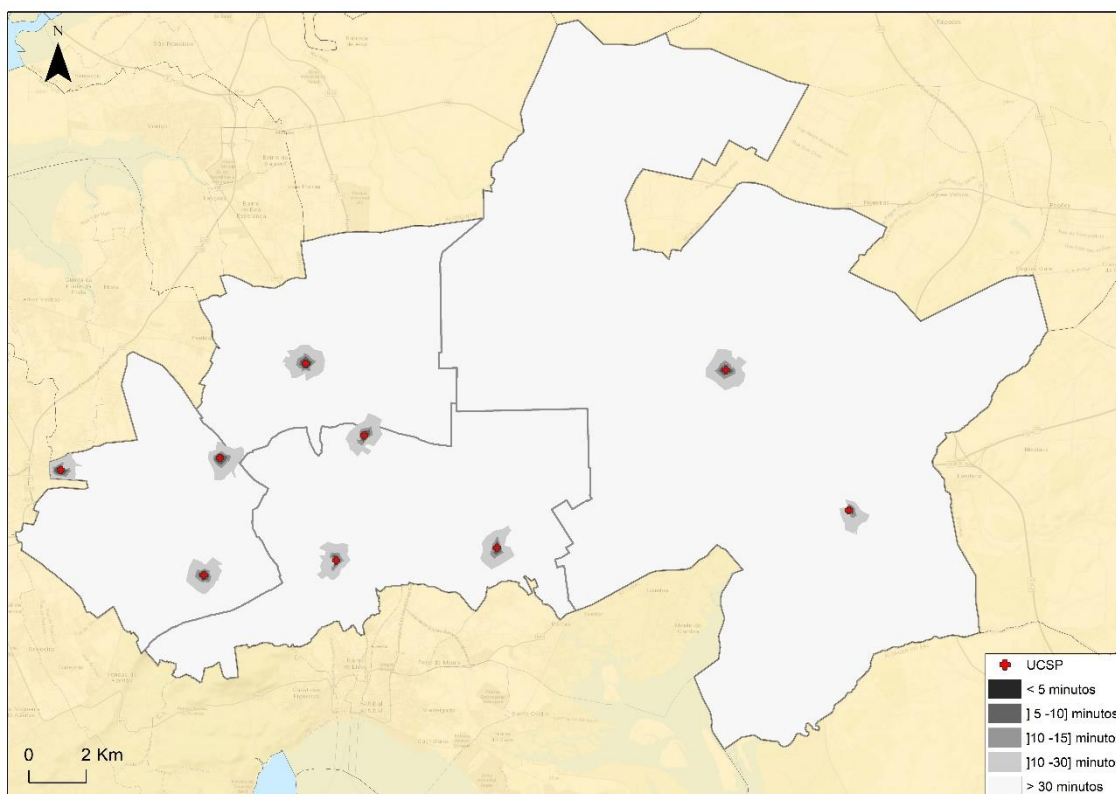


Figura 36 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 1,6 km/h até às UCSP, em Palmela  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

#### 6.1.1.3. Perfil bicicleta

Quanto à acessibilidade da população idosa que utiliza a bicicleta como modo de deslocação para alcançar um equipamento de CSP verifica-se que até 30 minutos existe um potencial de cobertura das USF superior a metade da população, 51,6%, contudo, devido às limitações impostas pelo SNS, as USF apenas prestam serviço cerca de metade da população (48,5%). Relativamente à prestação de serviços das UCSP, verifica-se que existe um potencial de cobertura de 81,6% da população idosa que reside a 30 minutos de uma unidade desse tipo, mas efetivamente apenas presta serviços de UCSP a 74,3% da população idosa para o mesmo intervalo de tempo. No que concerne aos intervalos de tempo que apresentam a maior concentração da população até 30 minutos, verifica-se que tanto as USF como UCSP apresentam a maior confluência entre os 15 e os 30 minutos, sendo também o intervalo de tempo com maior variação, assim, as USF tem um potencial de prestar serviço a 19,9% da população idosa que reside entre 10 a 30 minutos, contudo apenas consegue prestar serviço a 16,9% da população, semelhantemente, UCSP apresentam potencial de cobertura de 28,8% da população que reside nesse intervalo de tempo mas apenas presta serviço a 25,3%.

Relativamente à população sobre servida pela UCSP e USF Palmela, é possível verificar que estas duas unidades localizadas no mesmo edifício tem um alcance de 20,5% da população idosa que reside até 30 minutos, com maior concentração entre os 15 a 30 minutos com um alcance de 8,9% da população.

Unidade	USF				UCSP				Ambas			
População	População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa	
Tempos	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	8,6%	946	8,6%	946	16,2%	1775	15,8%	1733	20,7%	2273	20,3%	2231
Σ Até 5	8,6%	946	8,6%	946	16,2%	1775	15,8%	1733	20,7%	2273	20,3%	2231
]05 - 10]	8,8%	966	8,8%	966	21,8%	2388	20,4%	2243	22,8%	2500	21,5%	2355
Σ Até 10	17,4%	1912	17,4%	1912	37,9%	4163	36,2%	3976	43,5%	4773	41,8%	4586
]10 - 15]	14,3%	1565	14,3%	1564	14,8%	1620	12,8%	1408	10,4%	1140	8,5%	928
Σ Até 15	31,7%	3477	31,7%	3476	52,7%	5783	49,1%	5384	53,9%	5913	50,3%	5514
]15 - 30]	19,9%	2184	16,9%	1850	28,8%	3165	25,3%	2771	27,7%	3036	24,3%	2668
Σ Até 30	51,6%	5661	48,5%	5326	81,6%	8948	74,3%	8155	81,6%	8949	74,6%	8182
> 30 min	48,4%	5310	51,5%	5645	18,4%	2023	25,7%	2816	18,4%	2022	25,4%	2789
Σ	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971

Quadro 29 - Acessibilidade da população idosa que utiliza a bicicleta, em Palmela

Fonte: Elaboração própria

	USF		Ambas	
	População real sobre servida			
	%	BGRI	%	BGRI
<5 min			4,2%	457
Σ Até 5			4,2%	457
]05 - 10]			5,3%	581
Σ Até 10			9,5%	1038
]10 - 15]			2,2%	242
Σ Até 15			11,7%	1280
]15 - 30]			8,9%	971
Σ sobre servida			20,5%	2251
Não Sobre servida			79,5%	8901
Σ			100,0%	10971

Quadro 30 - População idosa sobre servida que utiliza a bicicleta, em Palmela

Fonte: Elaboração própria

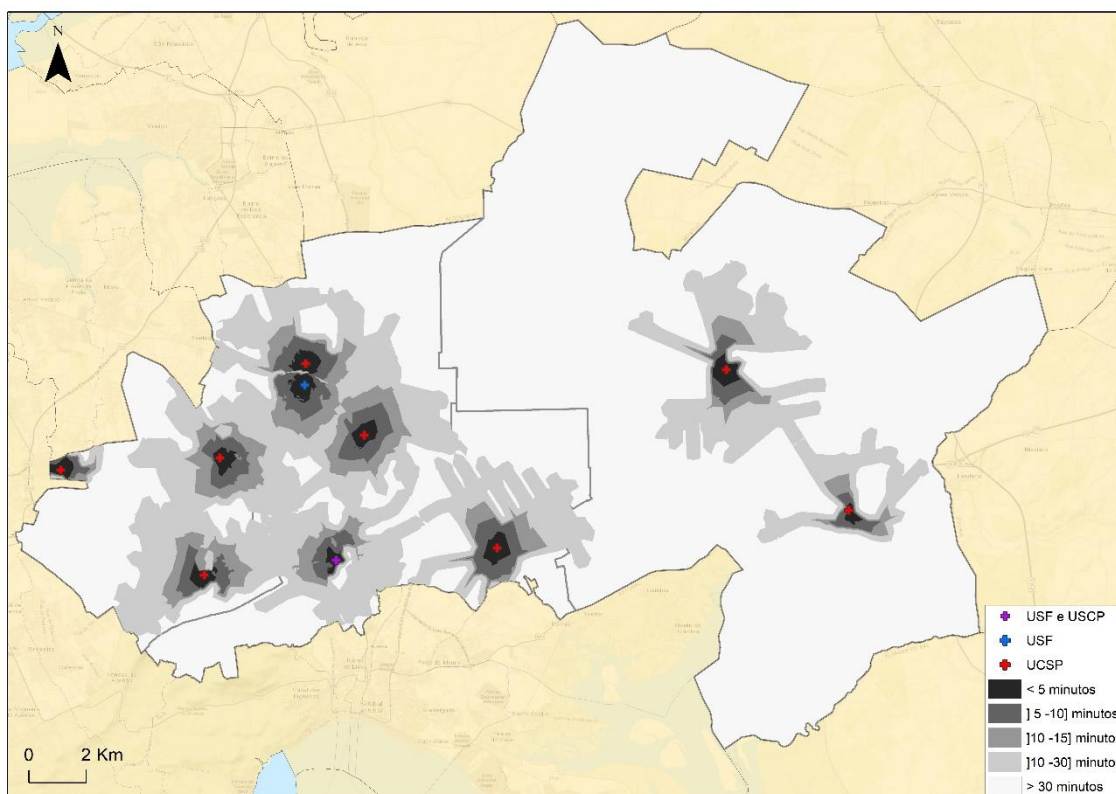


Figura 37 - Acessibilidade da população idosa que utiliza a bicicleta até aos CSP, em Palmela  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

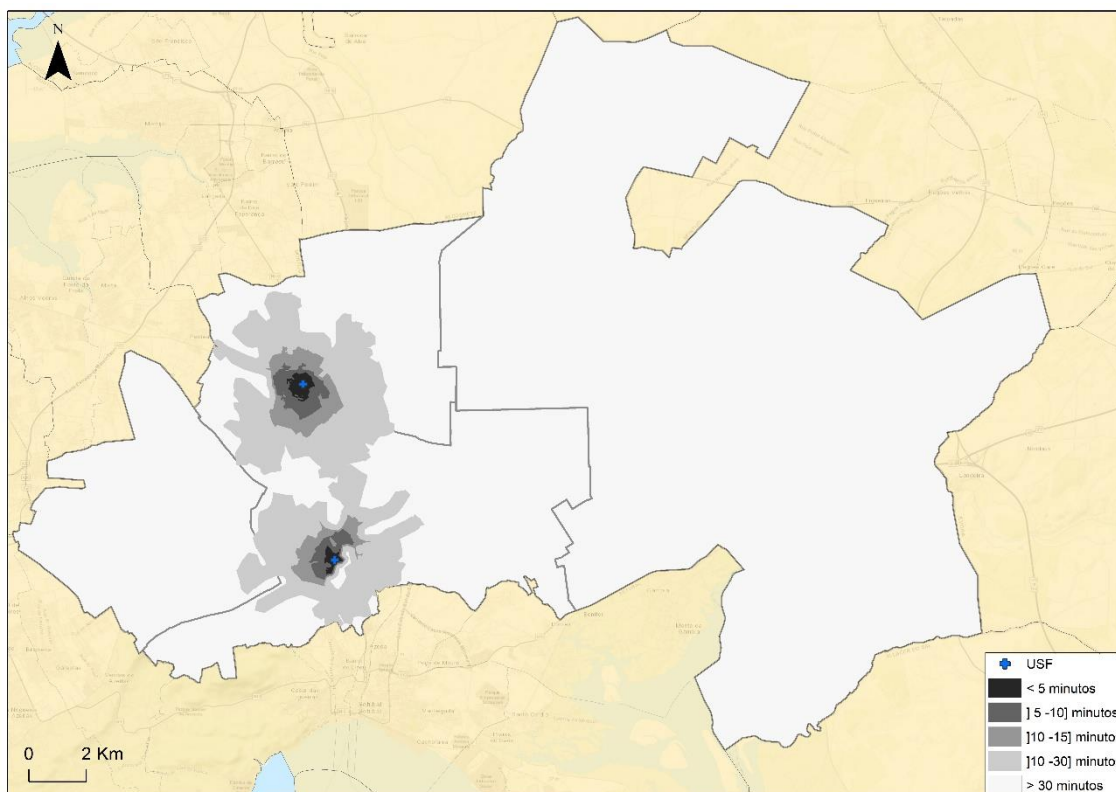


Figura 38 - Acessibilidade da população idosa que utiliza a bicicleta até às USF, em Palmela  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)



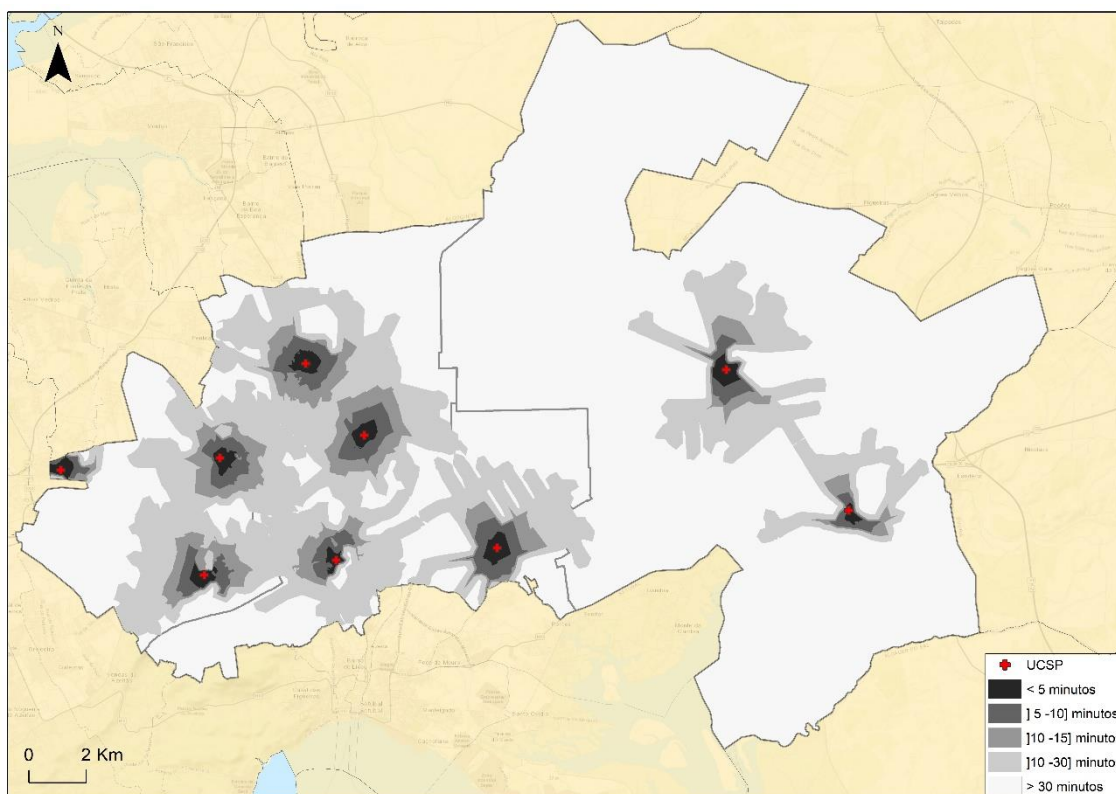


Figura 39 - Acessibilidade da população idosa que utiliza a bicicleta até às UCSP, em Palmela  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

#### 6.1.1.4. Perfil rodoviário

Em relação às acessibilidades da população idosa que utiliza o automóvel como modo de deslocação verifica-se que as USF têm potencial de prestar serviços a 94% da população que reside até 30 minutos dessa unidade, contudo, apenas presta esse tipo de serviço a 58,4% da população.

Igualmente aos restantes perfis já analisados, verifica-se que o maior número de UCSP neste concelho tem influência nas acessibilidades da população idosa às unidades de CSP, sendo notável que as UCSP têm um potencial de 95,6% da população que reside até 30 minutos, mas apenas tem alcance de prestar serviço a 85% da população.

Ao contrário dos modos suaves, a deslocação por automóvel apresenta uma evolução descendente à medida que a distância-tempo é maior, ou seja, a grande concentração da população que tem potencial de ser servida ou que realmente é servida reside até 5 minutos da unidade funcional, assim, as USF têm um potencial de cobertura de 43,4% da população que reside a 5 minutos e com uma acessibilidade efetiva de 41,7%, já as UCSP tem um potencial de cobertura de 73,1% da população residente no primeiro intervalo de tempo mas apenas pode prestar esse serviço a 66,6% da população.

Ao verificar a população sobre servida pela USF e UCSP Palmela é possível perceber que 20,3% tem capacidade para aceder aos dois tipos de cuidados prestados pelas diferentes unidades funcionais, onde 15,5% da população está a menos de 5 minutos de automóvel aos dois tipos de equipamentos de saúde.

Unidade	USF				UCSP				Ambas			
População	População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa	
Tempos	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	43,4%	4765	41,7%	4579	73,1%	8015	66,6%	7306	72,9%	7994	66,6%	7302
Σ Até 5	43,4%	4765	41,7%	4579	73,1%	8015	66,6%	7306	72,9%	7994	66,6%	7302
]05 - 10]	28,1%	3084	12,5%	1376	15,5%	1697	12,7%	1397	15,7%	1718	13,0%	1424
Σ Até 10	71,5%	7849	54,3%	5955	88,5%	9712	79,3%	8703	88,5%	9712	79,5%	8726
]10 - 15]	10,9%	1191	2,9%	314	3,4%	374	2,8%	312	3,5%	381	2,9%	317
Σ Até 15	82,4%	9040	57,1%	6269	91,9%	10086	82,2%	9015	92,0%	10093	82,4%	9043
]15 - 30]	11,6%	1275	1,3%	142	3,6%	399	2,9%	315	3,6%	394	2,8%	312
Σ Até 30	94,0%	10315	58,4%	6411	95,6%	10485	85,0%	9330	95,6%	10487	85,3%	9355
> 30 min	6,0%	656	41,6%	4560	4,4%	486	15,0%	1641	4,4%	484	14,7%	1616
Σ	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971

Quadro 31 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o automóvel, em Palmela

Fonte: Elaboração própria

	USF		Ambas	
	População real sobre servida			
	%	BGRI	%	BGRI
<5 min			15,5%	1696
Σ Até 5			15,5%	1696
]05 - 10]			4,0%	439
Σ Até 10			19,5%	2135
]10 - 15]			0,4%	47
Σ Até 15			19,9%	2182
]15 - 30]			0,4%	45
Σ sobre servida			20,3%	2227
Não Sobre servida			79,7%	8744
Σ			100,0%	10971

Quadro 32 - População idosa sobre servida que utiliza o automóvel, em Palmela

Fonte: Elaboração própria

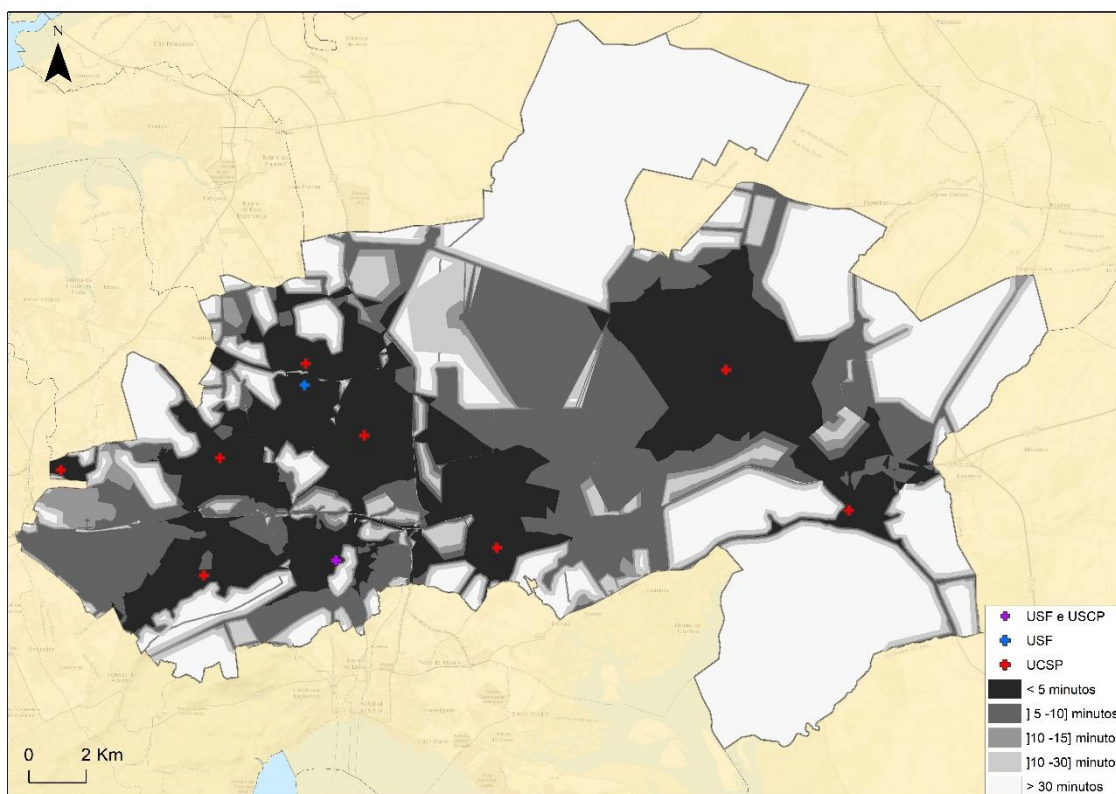


Figura 40 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o automóvel até aos CSP, em Palmela  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

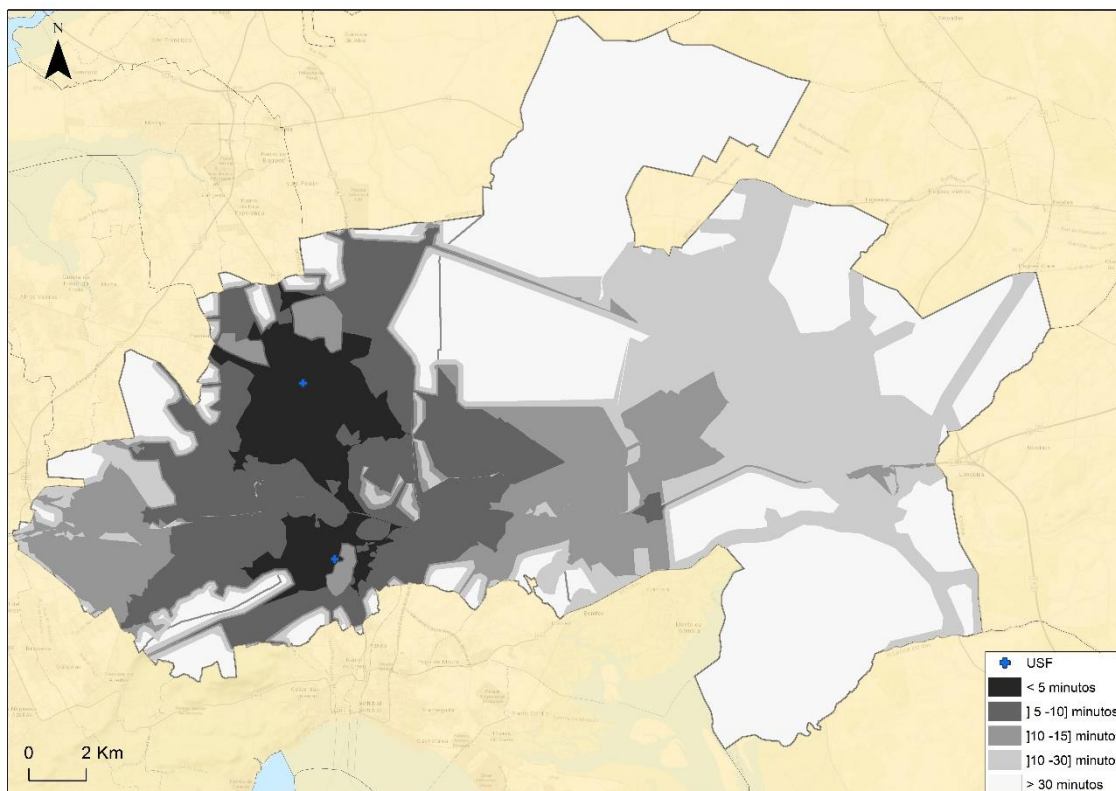


Figura 41 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o automóvel até às USF, em Palmela  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

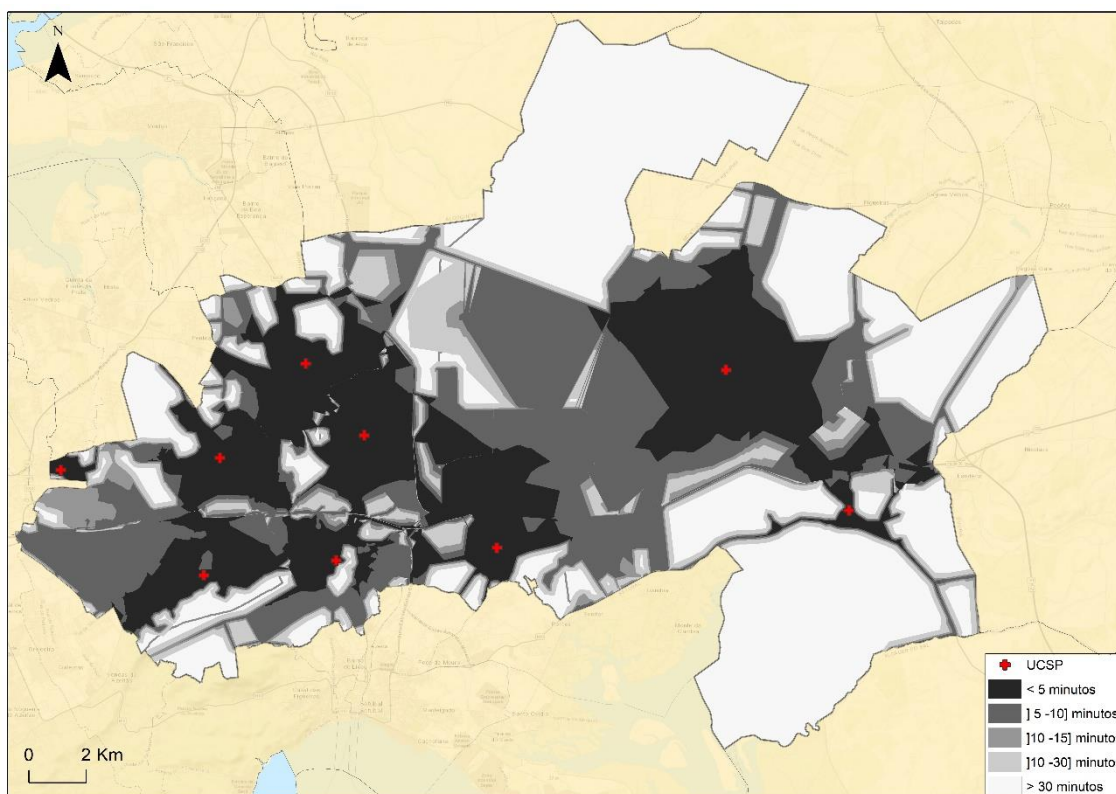


Figura 42 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o automóvel até às UCSP, em Palmela  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

#### 6.1.1.5. Perfil de transporte público da população com baixa ou sem dificuldade

No que se refere à população idosa que utiliza o transporte público existente em Palmela, verifica-se que existe uma evolução ascendente do número de residentes abrangidos ao longo dos intervalos de tempo, assim, as USF têm um potencial de cobertura de 60,5% da população que reside até 30 minutos, contudo estas unidades apenas prestam serviço a 48,4% da população. Relativamente à prestação de serviço praticado pelas UCSP constata-se que têm um potencial de cobertura de 82,9% da população que reside a 30 minutos, mas com uma acessibilidade efetiva de 73,9% da população. À semelhança da análise realizada às UCSP, as unidades funcionais de Palmela apresentam um potencial de cobertura de 83,1% da população que reside a 30 minutos, mas apenas prestam serviço a 73,6% da população.

A análise deste perfil evidência que um idoso desloca-se a pé até os primeiros 5 minutos, apresentado os mesmos valores que o modo pedonal anteriormente descrito, assim entre 15 a 30 minutos é o intervalo de tempo que apresenta maior concentração de população em todas as análises, referindo que 45,8% da população potencialmente abrangida por uma USF encontra-se neste intervalo de tempo, mas com uma prestação real a 33,6% da população, enquanto que as UCSP têm um potencial de cobertura de 51,4% da população que reside neste intervalo de tempo, contudo apenas presta serviço a 43,9% da população. É possível verificar que 24% da população está sobre servida pela UCSP e USF Palmela a uma distância-tempo de 30 minutos.



Unidade	USF				UCSP				Ambas			
População	População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa	
Tempos	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	0,7%	79	0,7%	79	3,4%	375	3,3%	366	3,6%	390	3,5%	381
Σ Até 5	0,7%	79	0,7%	79	3,4%	375	3,3%	366	3,6%	390	3,5%	381
]05 - 10]	4,7%	516	4,7%	516	10,4%	1144	10,2%	1119	12,4%	1360	12,2%	1336
Σ Até 10	5,4%	595	5,4%	595	13,8%	1519	13,5%	1485	16,0%	1750	15,7%	1717
]10 - 15]	9,3%	1023	9,3%	1023	17,7%	1938	16,5%	1808	20,8%	2279	19,6%	2153
Σ Até 15	14,7%	1618	14,7%	1618	31,5%	3457	30,0%	3293	36,7%	4029	35,3%	3870
]15 - 30]	45,8%	5023	33,6%	3689	51,4%	5639	43,9%	4813	46,4%	5092	38,3%	4201
Σ Até 30	60,5%	6641	48,4%	5307	82,9%	9096	73,9%	8106	83,1%	9121	73,6%	8071
> 30 min	39,5%	4330	51,6%	5664	17,1%	1875	26,1%	2865	16,9%	1850	26,4%	2900
Σ	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971

Quadro 33 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h, em Palmela  
Fonte: Elaboração própria

	USF		Ambas	
	População real sobre servida			
	%	BGRI	%	BGRI
<5 min			0,3%	29
Σ Até 5			0,3%	29
]05 - 10]			4,1%	448
Σ Até 10			4,4%	477
]10 - 15]			4,4%	479
Σ Até 15			8,7%	956
]15 - 30]			15,3%	1681
Σ sobre servida			24,0%	2637
Não Sobre servida			76,0%	8334
Σ			100,0%	10971

Quadro 34 - População idosa sobre servida que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h, em Palmela  
Fonte: Elaboração própria

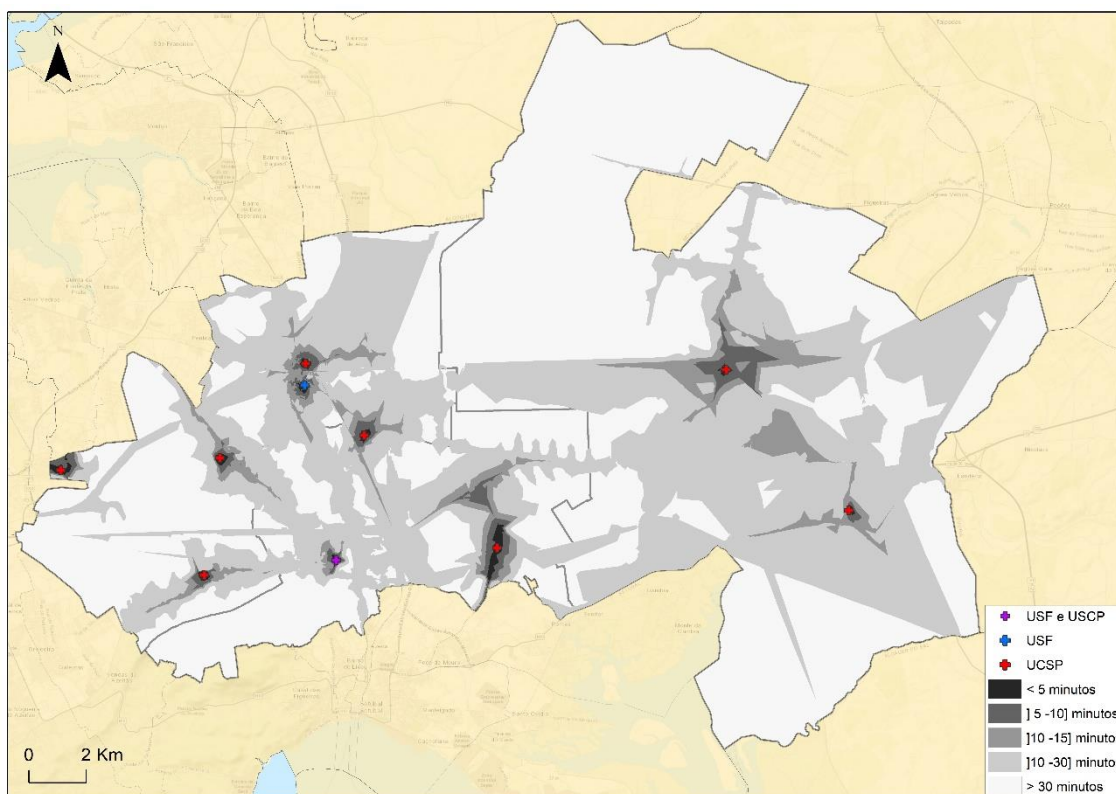


Figura 43 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h até aos CSP, em Palmela  
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

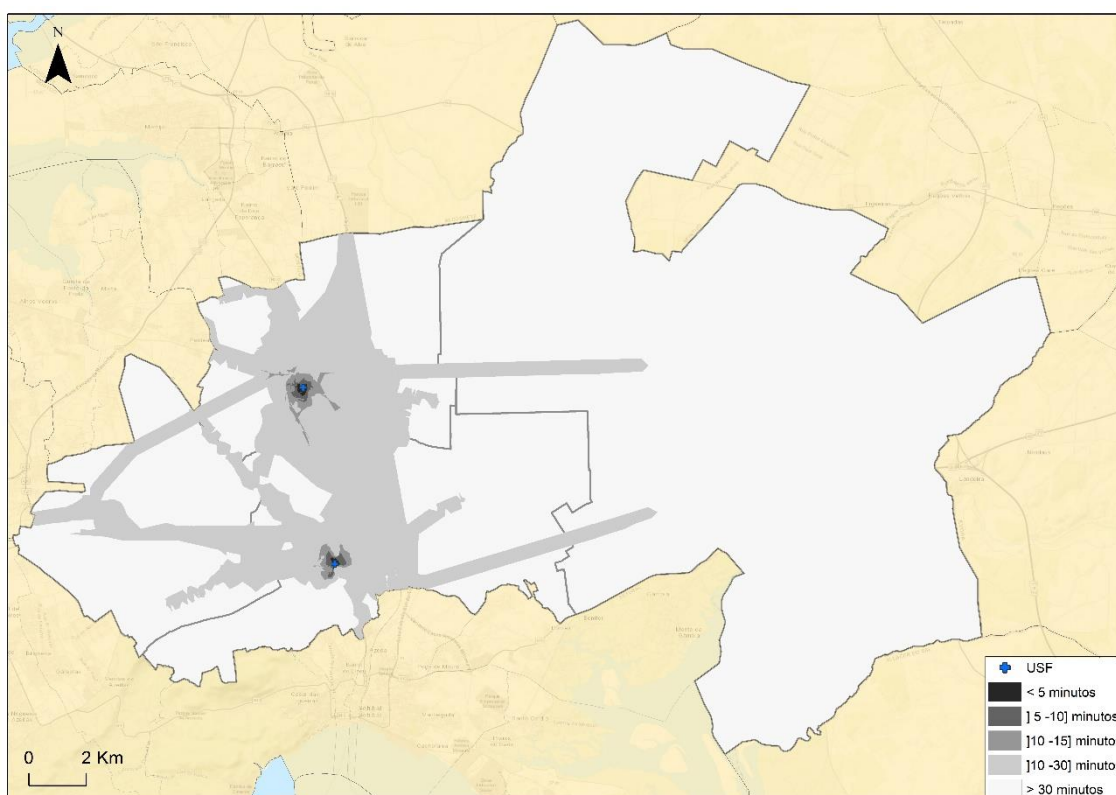


Figura 44 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h até às USF, em Palmela  
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

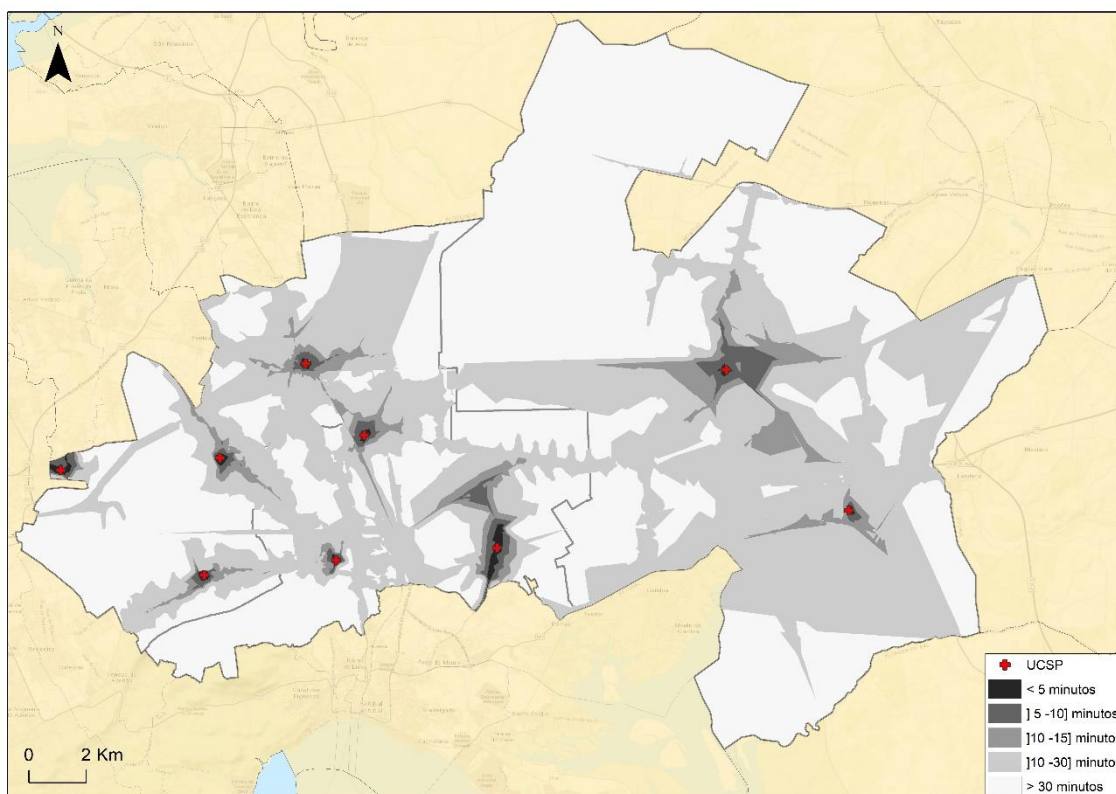


Figura 45 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h até às UCSP, em Palmela  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

#### 6.1.1.6. Perfil de transporte público da população com média ou elevada dificuldade

Ao analisar o perfil da população que se desloca a uma velocidade de 1,6 km/h e que utiliza o transporte público, é possível verificar que não existe uma variação significativa entre o potencial de cobertura e a prestação real das USF, prestando um serviço a cerca de 19% da população que reside até 30 minutos, salientando que o intervalo de tempo com maior concentração populacional é entre os 15 e 30 minutos, representando cerca de 17% da população. Relativamente às acessibilidades às UCSP, é visível que estas unidades tem um potencial de cobertura de 47,5% da população que reside a 30 minutos, mas apenas presta serviço a 44,8% da população idosa, referindo que o intervalo de tempo com maior concentração populacional é entre 15 a 30 minutos, representando 40,7% da população potencial e 38,2% da população que realmente tem essa prestação de serviço.

Numa análise onde engloba ambas as unidades funcionais, verifica-se que a dinâmica é semelhante à análise realizada a UCSP, referido que tem um potencial de 48% da população residente até 30 minutos, mas que tem alcance real de 45,6% da população, tendo maior concentração populacional entre 15 a 30 minutos com valores bastante idênticos aos apresentados na análise de UCSP. É necessário frisar que apenas 7% da população tem a possibilidade de ser sobre servida por uma USF e UCSP no mesmo edifício.

Unidade	USF				UCSP				Ambas			
População	População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa	
Tempos	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	0,1%	12	0,1%	12	0,7%	73	0,7%	72	0,8%	86	0,8%	85
Σ Até 5	0,1%	12	0,1%	12	0,7%	73	0,7%	72	0,8%	86	0,8%	85
]05 - 10]	0,5%	55	0,5%	55	2,4%	266	2,4%	260	2,6%	290	2,6%	284
Σ Até 10	0,6%	67	0,6%	67	3,1%	339	3,0%	332	3,4%	376	3,4%	369
]10 - 15]	1,3%	148	1,3%	148	3,7%	408	3,6%	396	4,3%	477	4,2%	465
Σ Até 15	2,0%	215	2,0%	215	6,8%	747	6,6%	728	7,8%	853	7,6%	834
]15 - 30]	17,0%	1862	16,9%	1852	40,7%	4462	38,2%	4188	40,2%	4411	38,0%	4168
Σ Até 30	18,9%	2077	18,8%	2067	47,5%	5209	44,8%	4916	48,0%	5264	45,6%	5002
> 30 min	81,1%	8894	81,2%	8904	52,5%	5762	55,2%	6055	52,0%	5707	54,4%	5969
Σ	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971	100,0%	10971

Quadro 35 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h, em Palmela

Fonte: Elaboração própria

	USF		Ambas	
	População real sobre servida			
	%	BGRI	%	BGRI
<5 min			0,0%	1
Σ Até 5			0,0%	1
]05 - 10]			0,2%	26
Σ Até 10			0,2%	27
]10 - 15]			0,6%	66
Σ Até 15			0,8%	93
]15 - 30]			5,9%	651
Σ sobre servida			6,8%	744
Não Sobre servida			93,2%	10227
Σ			100,0%	10971

Quadro 36 - População idosa sobre servida que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h, em Palmela

Fonte: Elaboração própria

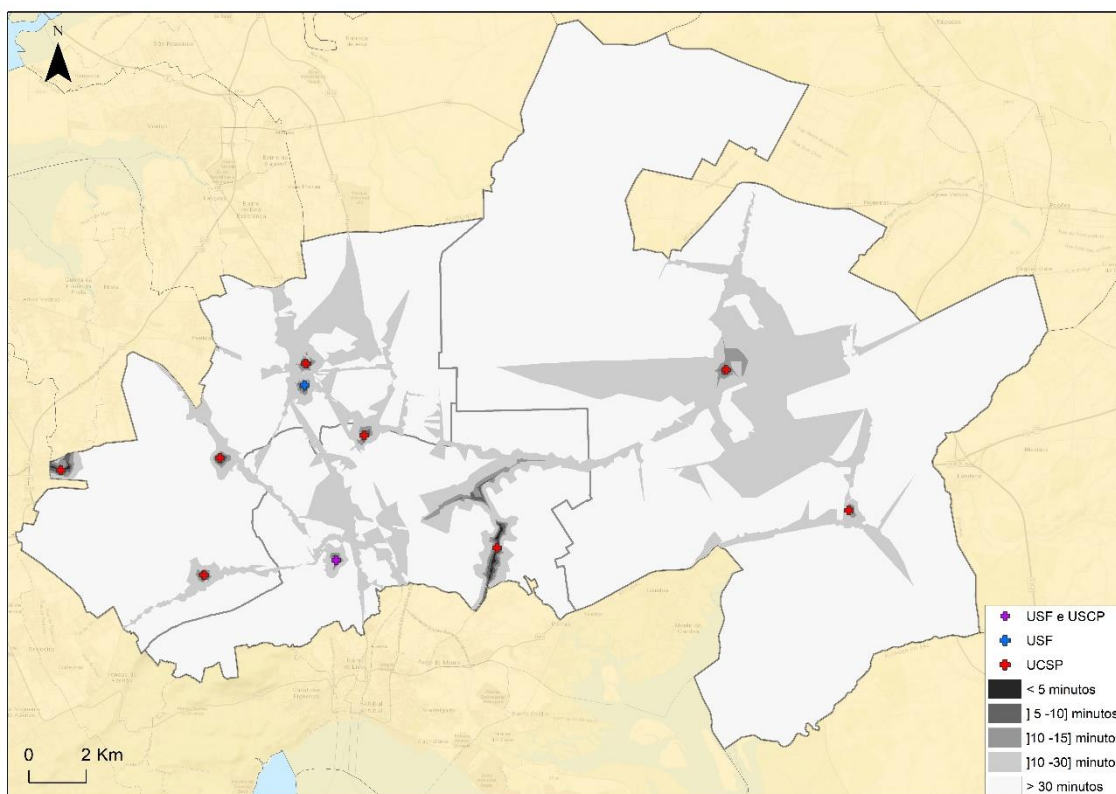


Figura 46 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h até aos CSP, em Palmela  
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

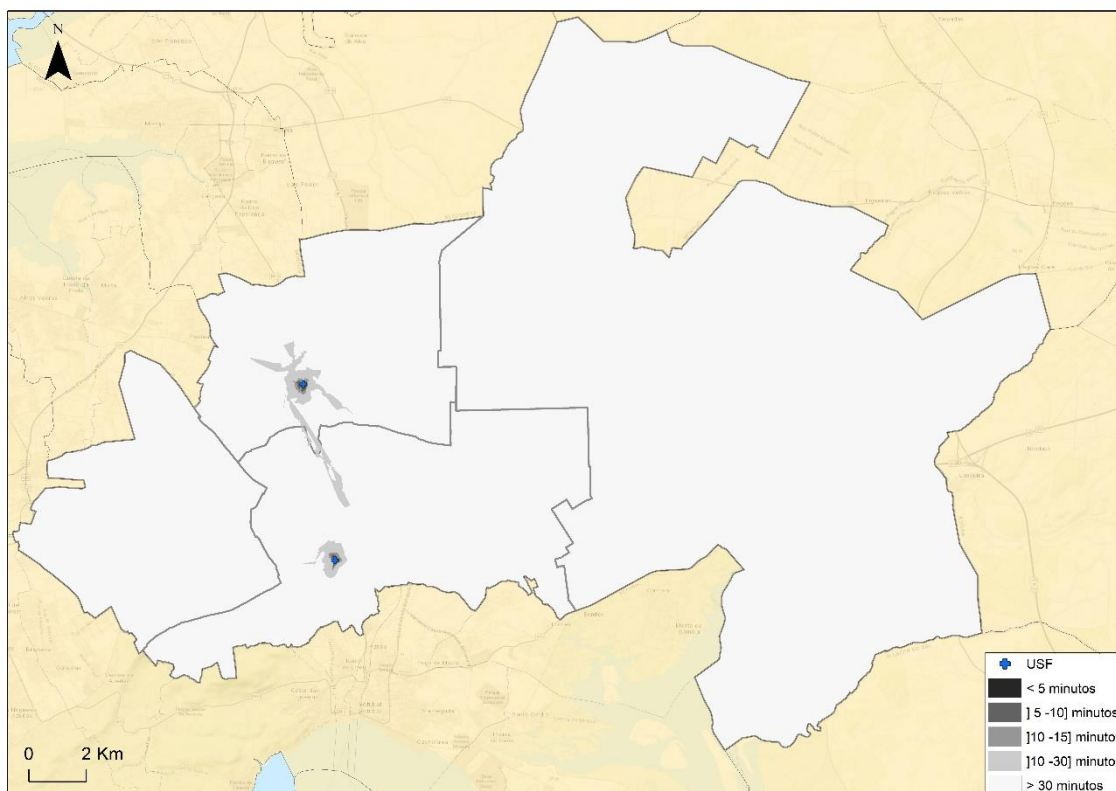


Figura 47 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h até às USF, em Palmela  
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)



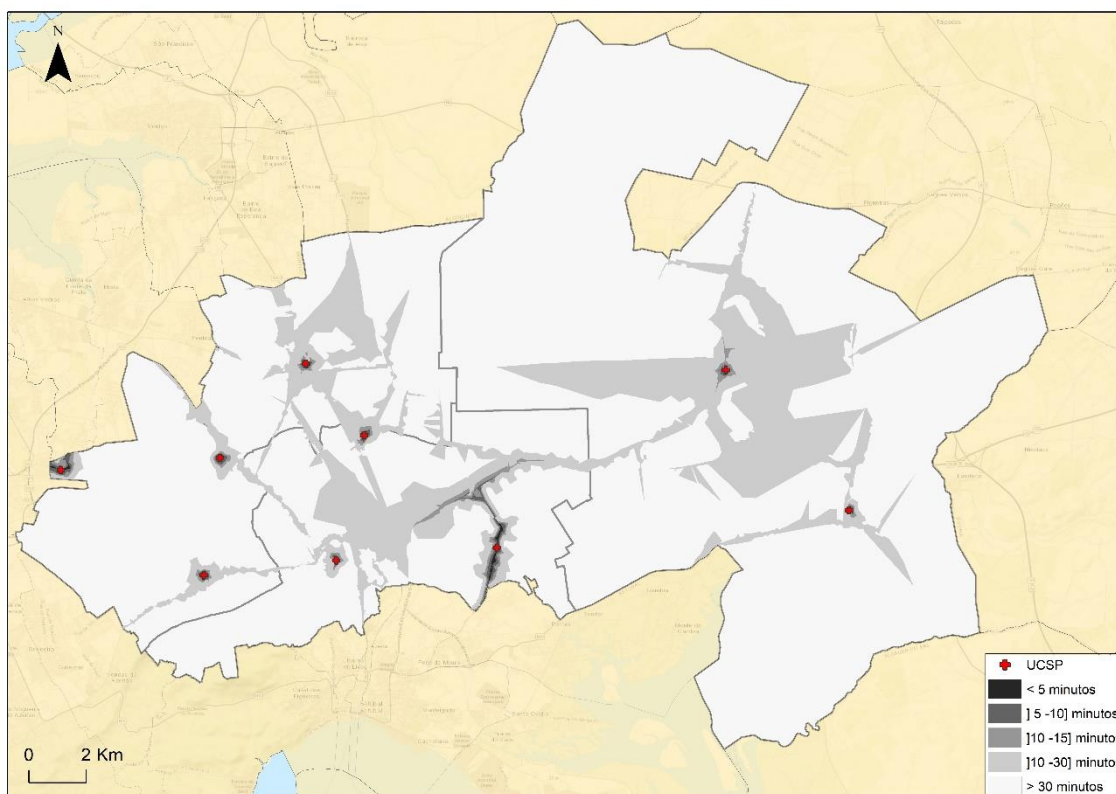


Figura 48 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h até às UCSP, em Palmela  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

## 6.1.2. Caso de Sintra:

### 6.1.2.1. Perfil pedonal da população com baixa ou sem dificuldade

Como se verifica no quadro 36, as acessibilidades aos CSP localizados em Sintra apresentam uma dinâmica diferente comparativamente à análise efetuada para o mesmo perfil em Palmela. Este fenómeno acontece porque existe um maior número de USF em Sintra, assim este tipo de unidades tem melhores acessibilidade, com um potencial de cobertura de mais de metade da população (66,9%) que reside até 30 minutos e com uma acessibilidade efetiva de 56,8% da população, enquanto que as UCSP apresentam um potencial de 58% da população residente até 30 minutos, mas com uma prestação real a 50,1% da população. Relativamente aos valores mencionados anteriormente, é necessário referir que em ambas as análises cerca de metade da concentração da população cinge-se no intervalo de tempo entre 15 a 30 minutos, assim as USF apresentam um potencial de serviço a 36,9% da população que reside neste intervalo de tempo, mas apenas 27,3% da população é que pode adquirir este serviço, com variação menor, as UCSP tem um potencial de 25,6% da população que reside entre 15 a 30 minutos este tipo de unidade, mas 21,7% da população é que consegue alcançar o serviço prestado pela UCSP. No que toca às acessibilidades aos equipamentos de CSP, numa forma global, verifica-se que existe um maior número de população abrangida, deste modo, verifica-se que 76,7% da população residente em Sintra está localizada a 30 minutos de uma unidade de cuidados primários sem discriminar o seu tipo de serviço, verificando-se que 74,5% da população é que tem a acessibilidade efetiva a estes equipamentos localizados a 30

minutos, referido que o penúltimo intervalo de tempo (15-30 minutos) é também aquele onde existe maior concentração de população.

Relativamente à população que se encontra sobre servida por uma UCSP e USF, verifica-se que 21,5% da população têm esses dois tipos de unidades até 30 minuto, enquanto que a população sobre servida por duas USF, é de constatar que 18,8% da população encontra-se sobre servida por duas USF localizadas até 30 minutos, esta percentagem é significativa quando se tem em consideração que existe 6 unidades que prestam um serviço na mesma localização para a mesma área de influência. Duas das USF, Alphamouro e Rio de mouro têm incidência sobre a freguesia de Rio de mouro e a USF Mactamá juntamente com a USF Mãe de Água prestam serviço à UF de Massamá e Monte Abraão, e USF de S. Maria I e USF de Queluz prestam serviço à UF de Queluz e Belas. Tal como foi referido anteriormente, o intervalo de tempo entre 10-15 minutos é aquele que apresenta a maior percentagem de população sobre servida por um serviço de USF e UCSP (7,2%) e por duas USF (6,5%).

Unidade	USF				UCSP				Ambas			
População	População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa	
Tempos	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	4,1%	2132	4,1%	2132	3,9%	1994	3,4%	1741	5,5%	2821	5,5%	2821
Σ Até 5	4,1%	2132	4,1%	2132	3,9%	1994	3,4%	1741	5,5%	2821	5,5%	2821
]05 - 10]	11,5%	5931	11,5%	5931	11,9%	6144	10,5%	5428	15,7%	8111	15,7%	8111
Σ Até 10	15,6%	8063	15,6%	8063	15,8%	8138	13,9%	7169	21,2%	10932	21,2%	10932
]10 - 15]	14,4%	7435	14,0%	7215	16,6%	8592	14,5%	7512	20,9%	10822	20,9%	10801
Σ Até 15	30,0%	15498	29,6%	15278	32,4%	16730	28,4%	14681	42,1%	21754	42,1%	21733
]15 - 30]	36,9%	19041	27,3%	14081	25,6%	13221	21,7%	11221	34,6%	17871	32,5%	16767
Σ Até 30	66,9%	34539	56,8%	29359	58,0%	29951	50,1%	25902	76,7%	39625	74,5%	38500
> 30 min	33,1%	17118	43,2%	22298	42,0%	21706	49,9%	25755	23,3%	12032	25,5%	13157
Σ	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657

Quadro 37 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 3,5 km/h, em Sintra

Fonte: Elaboração própria

	USF		Ambas	
	População real sobre servida			
	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	1,2%	641	2,0%	1056
Σ Até 5	1,2%	641	2,0%	1056
]05 - 10]	4,8%	2465	6,3%	3266
Σ Até 10	6,0%	3106	8,4%	4322
]10 - 15]	6,5%	3379	7,2%	3740
Σ Até 15	12,6%	6485	15,6%	8062
]15 - 30]	6,3%	3233	5,9%	3029
Σ sobre servida	18,8%	9718	21,5%	11091
Não obre servidas	81,2%	41939	78,5%	40566
Σ	100,0%	51657	100,0%	51657

Quadro 38 - População idosa sobre servida que caminha a velocidade de 3,5 km/h, em Sintra

Fonte: Elaboração própria

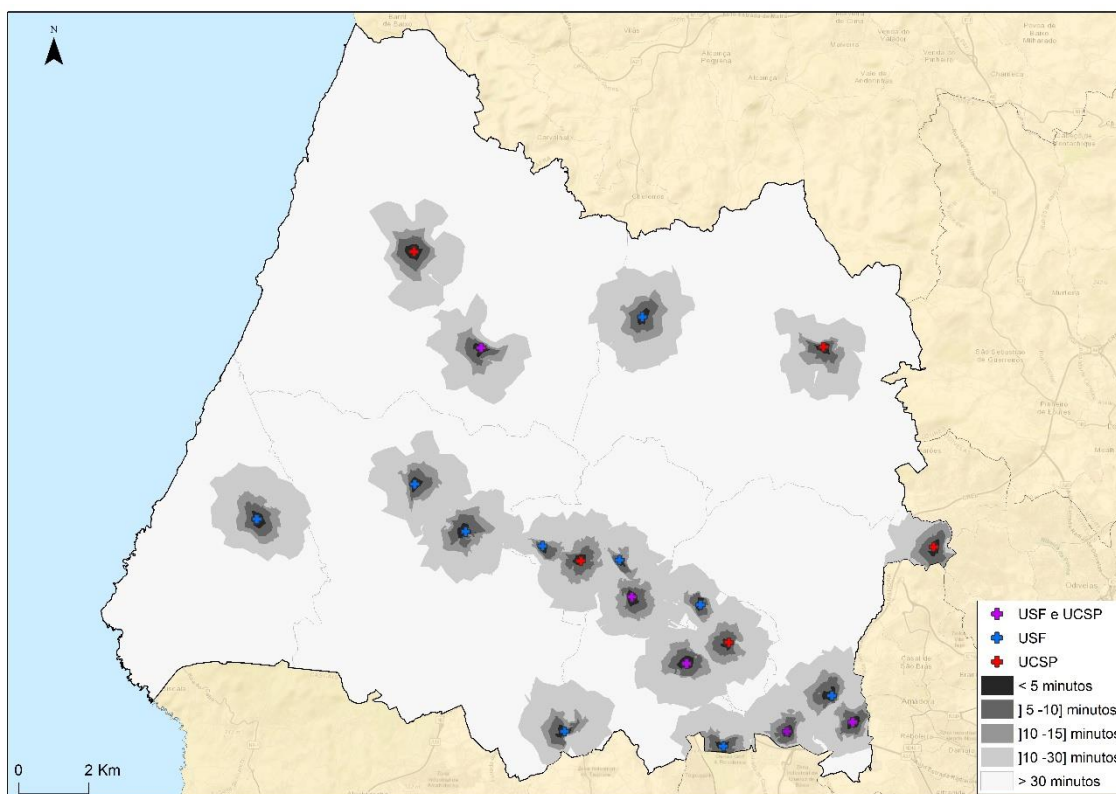


Figura 49 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 3,5 km/h até aos CSP, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

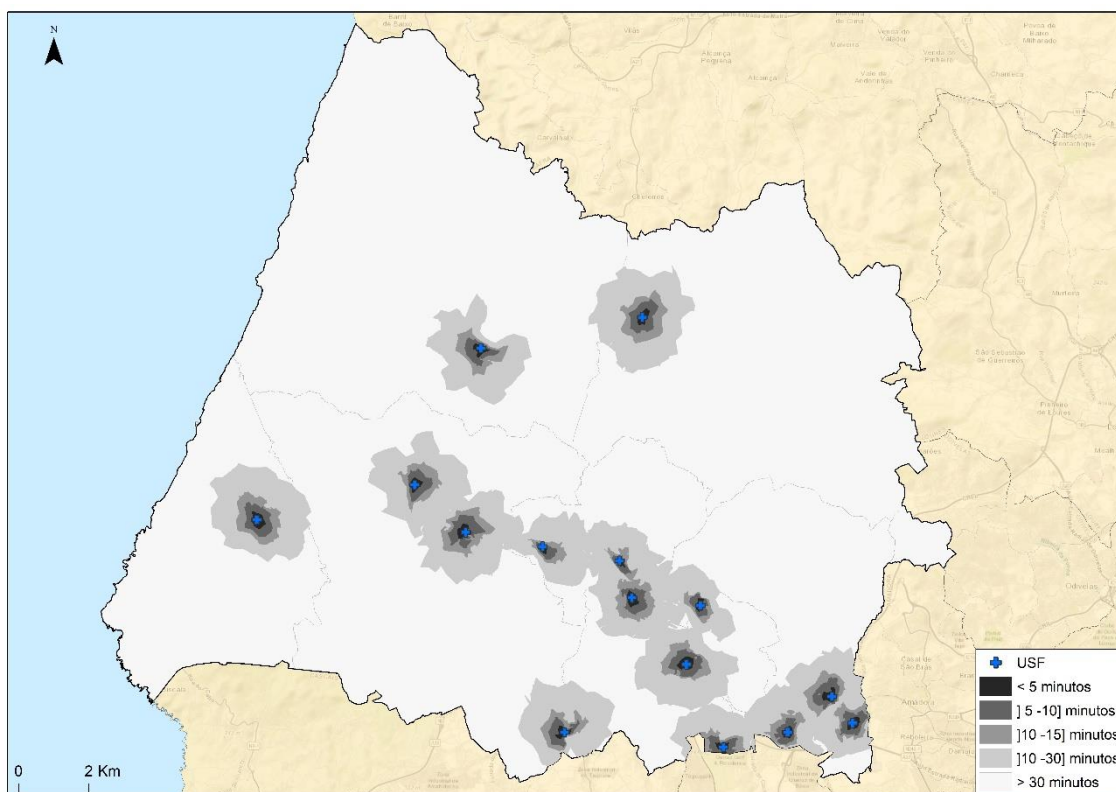


Figura 50 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 3,5 km/h até às USF, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)



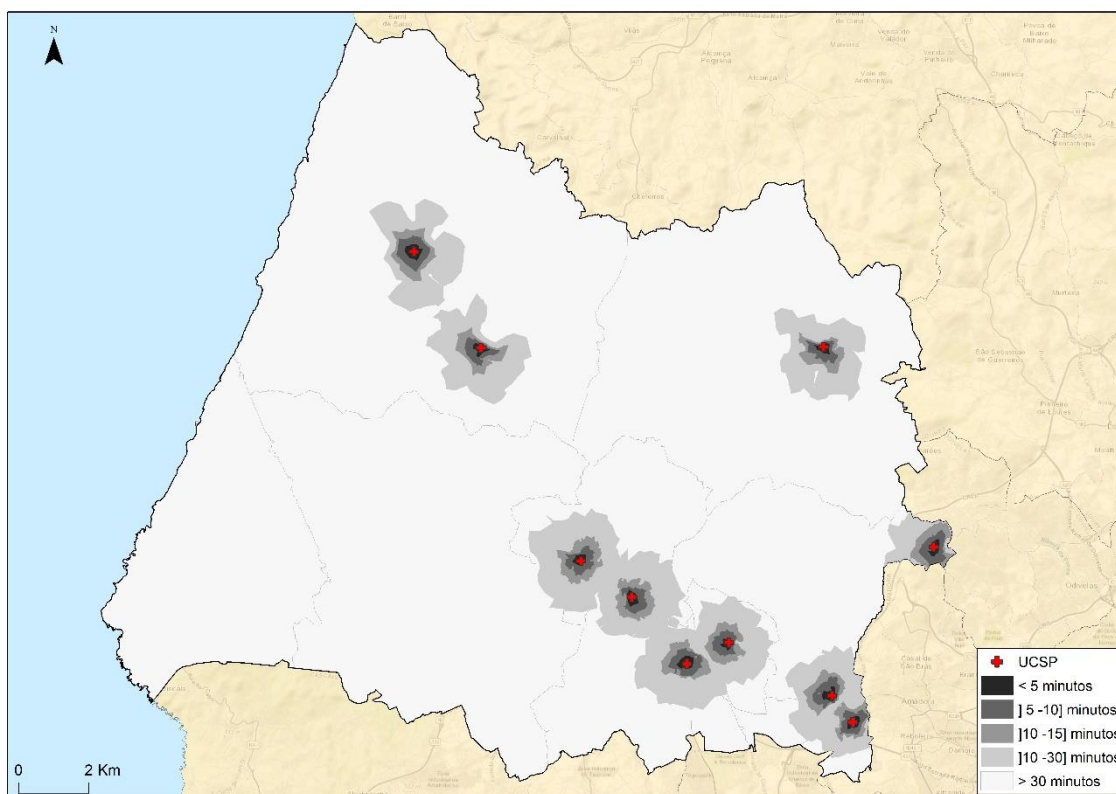


Figura 51 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 3,5 km/h até às UCSP, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

#### 6.1.2.2. Perfil pedonal da população com média ou elevada dificuldade

Neste perfil foi considerada a população idosa que apresenta uma marcha de baixa velocidade, deste modo, as USF têm um potencial de prestação de serviços a 34,4% da população residente a 30 minutos, mas em termos de acessibilidade efetiva prestam serviço a 33,9% da população, enquanto que as UCSP têm uma variação maior entre o seu potencial de cobertura (33,3%) e a sua prestação real de serviço (30,4%). Ao realizar uma análise conjunta dos equipamentos de CSP, verifica-se que também menos de metade da população idosa (45,8%) consegue adquirir uma prestação de CSP até 30 minutos a pé. De acordo com as análises descritas, é necessário frisar que o penúltimo intervalo de tempo (entre 15 a 30 minutos) é novamente aquele com maior concentração populacional e com maior variação entre o potencial e prestação real, fenómeno ocorrido devido à evolução ascendente no modo pedonal também verificado em Palmela, onde as UCSP têm um potencial de prestar serviço a 26,4% da população, mas apenas presta serviço a 23,6% da população residente nesse intervalo de tempo.

Relativamente à população sobre servida, ao reduzir a velocidade do perfil era expectável que existisse consequentemente uma redução maior na população abrangida, contudo apenas uma grande variação entre os dois modos pedonais no que toda à população abrangida pela UCSP e USF, onde se registou uma cobertura de 10,7% da população residente até 30 minutos, enquanto que a população sobre servida por duas USF apresentou uma variação menor, continuando a cobrir 13,4% da população idosa residente até 30 minutos.

Unidade	USF				UCSP				Ambas			
População	População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa	
Tempos	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	0,8%	404	0,8%	404	0,8%	400	0,8%	400	1,1%	549	1,1%	549
Σ Até 5	0,8%	404	0,8%	404	0,8%	400	0,8%	400	1,1%	549	1,1%	549
]05 - 10]	2,7%	1384	2,7%	1380	2,4%	1252	2,4%	1252	3,5%	1796	3,5%	1796
Σ Até 10	3,5%	1788	3,5%	1784	3,2%	1652	3,2%	1652	4,5%	2345	4,5%	2345
]10 - 15]	3,9%	2032	3,9%	2032	3,6%	1873	3,6%	1873	5,4%	2767	5,4%	2767
Σ Até 15	7,4%	3820	7,4%	3816	6,8%	3525	6,8%	3525	9,9%	5112	9,9%	5112
]15 - 30]	27,0%	13948	26,5%	13679	26,4%	13654	23,6%	12192	36,0%	18592	35,9%	18569
Σ Até 30	34,4%	17768	33,9%	17495	33,3%	17179	30,4%	15717	45,9%	23704	45,8%	23681
> 30 min	65,6%	33889	66,1%	34162	66,7%	34478	69,6%	35940	54,1%	27953	54,2%	27976
Σ	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657

Quadro 39 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 1,6 km/h, em Sintra  
Fonte: Elaboração própria

	USF		Ambas	
	População real sobre servida			
	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	0,2%	124	0,4%	194
Σ Até 5	0,2%	124	0,4%	194
]05 - 10]	0,8%	418	1,3%	691
Σ Até 10	1,0%	542	1,7%	885
]10 - 15]	1,1%	587	1,7%	900
Σ Até 15	2,2%	1129	3,5%	1785
]15 - 30]	11,2%	5789	7,2%	3737
Σ sobre servida	13,4%	6918	10,7%	5522
Não Sobre servida	86,6%	44739	89,3%	46135
Σ	100,0%	51657	100,0%	51657

Quadro 40 - População idosa sobre servida que caminha a velocidade de 1,6 km/h, em Sintra  
Fonte: Elaboração própria

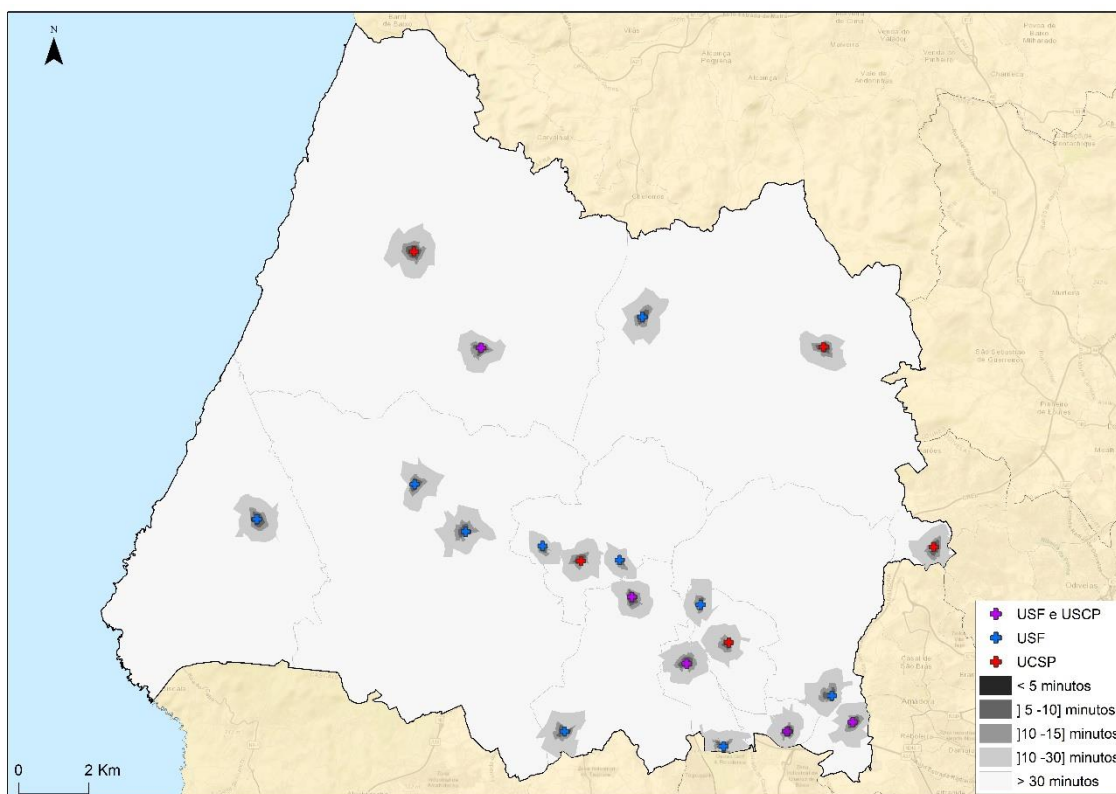


Figura 52 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 1,6 km/h até aos CSP, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

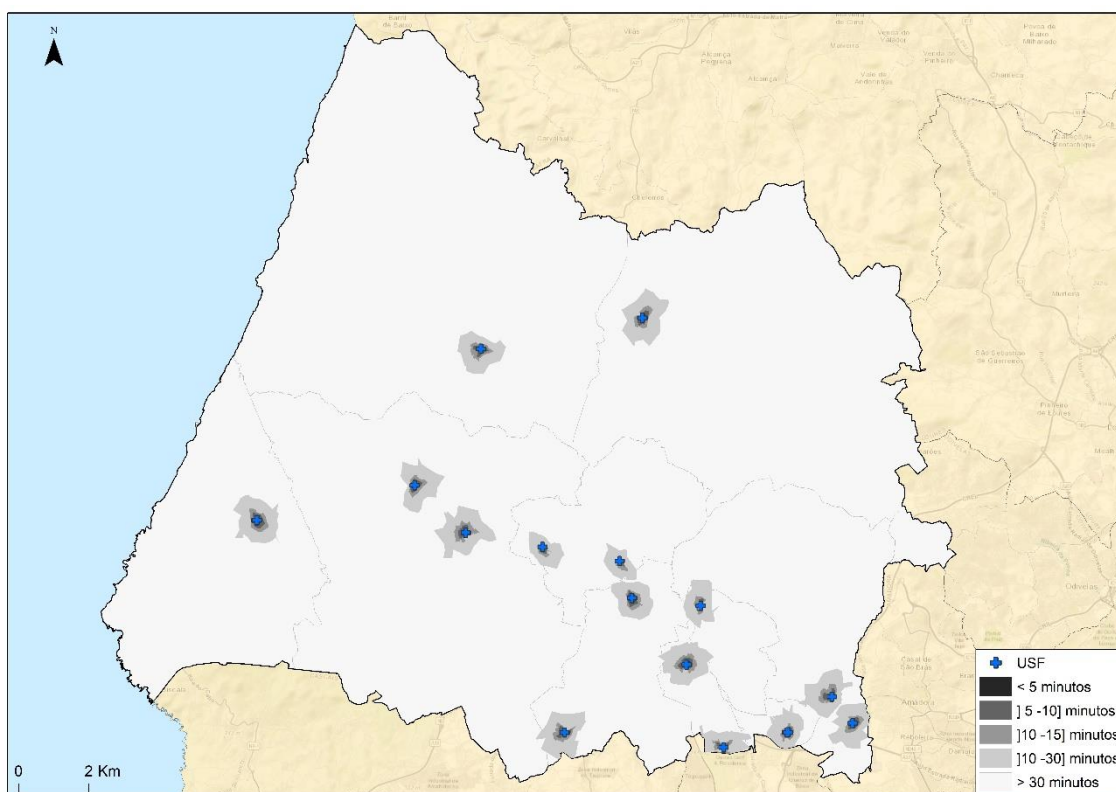


Figura 53 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 1,6 km/h até às USF, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

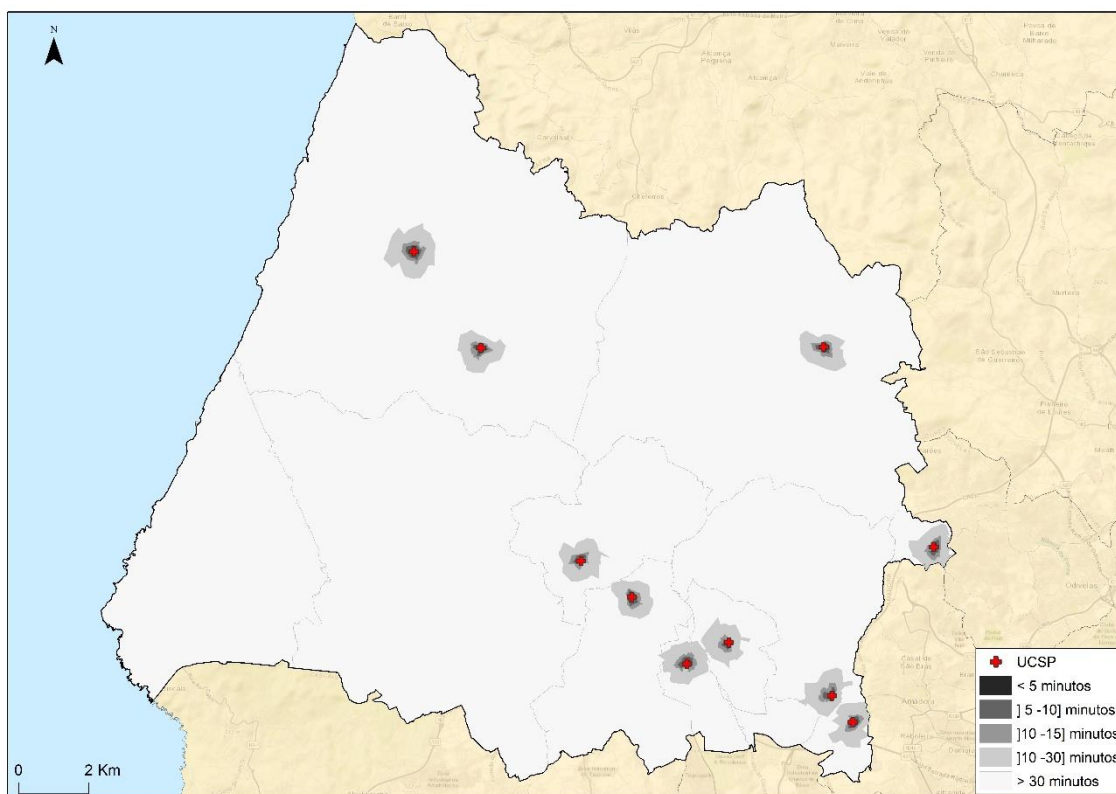


Figura 54 - Acessibilidade da população idosa que caminha a 1,6 km/h até às UCSP, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

### 6.1.2.3. Perfil de bicicleta

No que se refere à acessibilidade da população idosa que se desloca de bicicleta até às unidades de CSP, é possível constatar que são bastante maiores comparativamente a Palmela e aos outros perfis de modo suave. Ao realizar a análise deste perfil, verificou-se que as USF têm um potencial de cobertura a 87,9% da população residente até 30 minutos, contudo, com uma enorme variação, apenas 68,1% da população é que tem essa acessibilidade efetiva, enquanto que as UCSP apresentam uma variação menor entre o seu potencial de prestam de serviços (79,6%) da população residente até 30 minutos e a prestação real de serviço (60,7%).

A realização da análise conjunta dos dois tipos de unidades funcionais apresenta uma dinâmica semelhante às duas análises anteriormente referidas, apresentado um potencial de cobertura de 93,4% da população residente até 30 minutos e uma prestação real dos serviços a 86,4% da população. Em oposição aos restantes perfis, o perfil de bicicleta demonstra que a maior concentração populacional se encontra entre os 5 e os 10 minutos, frisando que a maior variação é na análise às UCSP, onde apresenta um potencial de 30% nesse intervalo de tempo, mas apresenta acessibilidade efetivas a 26,4% da população residente nesse intervalo de tempo, enquanto que a análise USF não apresenta uma grande variação entre o potencial de cobertura (30,7%) e a prestação real desse serviço (27,2%).

Ao contrário das análises individuais de USF e UCSP, numa análise global o intervalo de tempo que apresenta maior população potencial e que realmente abrange uma USF ou UCSP é até aos 10 minutos de distância-tempo, com um alcance de 19,7% até aos primeiros 5 minutos, e entre os 5 e os 10 minutos existe um potencial de 40,6%, no entanto com um alcance de 39,9%.

Unidade	USF				UCSP				Ambas			
População	População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa	
Tempos	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	14,7%	7580	14,7%	7575	14,7%	7587	13,4%	6897	19,7%	10178	19,7%	10178
Σ Até 5	14,7%	7580	14,7%	7575	14,7%	7587	13,4%	6897	19,7%	10178	19,7%	10178
]05 - 10]	30,7%	15838	27,2%	14054	30,0%	15476	26,4%	13628	40,6%	20978	39,9%	20628
Σ Até 10	45,3%	23418	41,9%	21629	44,6%	23063	39,7%	20525	60,3%	31156	59,6%	30806
]10 - 15]	22,0%	11383	15,5%	7982	12,6%	6509	10,0%	5144	15,1%	7823	13,3%	6891
Σ Até 15	67,4%	34801	57,3%	29611	57,2%	29572	49,7%	25669	75,5%	38979	73,0%	37697
]15 - 30]	20,6%	10627	10,8%	5554	22,4%	11552	11,0%	5665	17,9%	9252	13,4%	6920
Σ Até 30	87,9%	45428	68,1%	35165	79,6%	41124	60,7%	31334	93,4%	48231	86,4%	44617
> 30 min	12,1%	6229	31,9%	16492	20,4%	10533	39,3%	20323	6,6%	3426	13,6%	7040
Σ	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657

Quadro 41 - Acessibilidade da população idosa que utiliza a bicicleta, em Sintra

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a Quadro 41, é visível que 21,7% da população é sobre servida no mesmo local pelas duas distintas unidades de CSP até 30 minutos de bicicleta, com forte incidência até aos 10 minutos, cobrido quase 20% neste intervalo de tempo, e 17,5% da população é sobre servida por duas USF no mesmo edifício na distância-tempo.

	USF		Ambas	
	População real sobre servida			
	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	4,6%	2366	8,3%	4313
Σ Até 5	4,6%	2366	8,3%	4313
]05 - 10]	12,9%	6685	11,3%	5831
Σ Até 10	17,5%	9051	19,6%	10144
]10 - 15]	2,6%	1361	1,8%	916
Σ Até 15	20,2%	10412	21,4%	11060
]15 - 30]	0,4%	202	0,3%	160
Σ sobre servida	20,5%	10614	21,7%	11220
Não Sobre servida	79,5%	41043	78,3%	40437
Σ	100,0%	51657	100,0%	51657

Quadro 42 - População idosa sobre servida que utiliza a bicicleta, em Sintra

Fonte: Elaboração própria



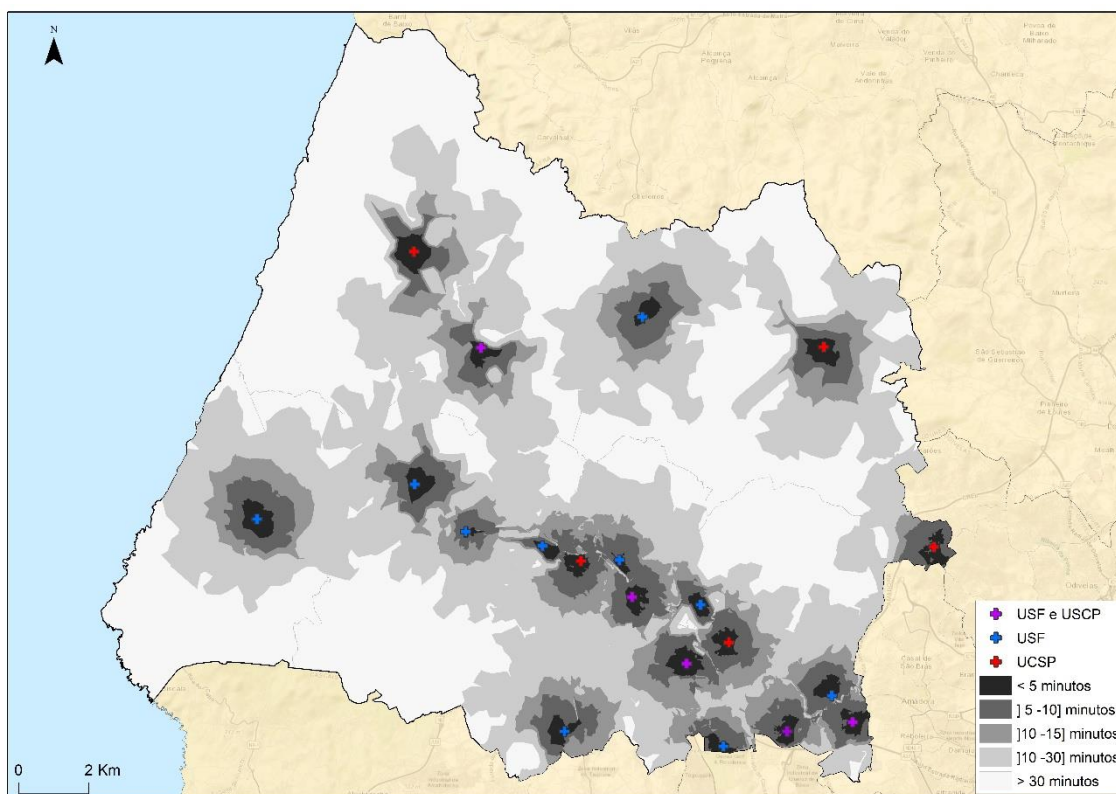


Figura 55 - Acessibilidade da população idosa que utiliza a bicicleta até aos CSP, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

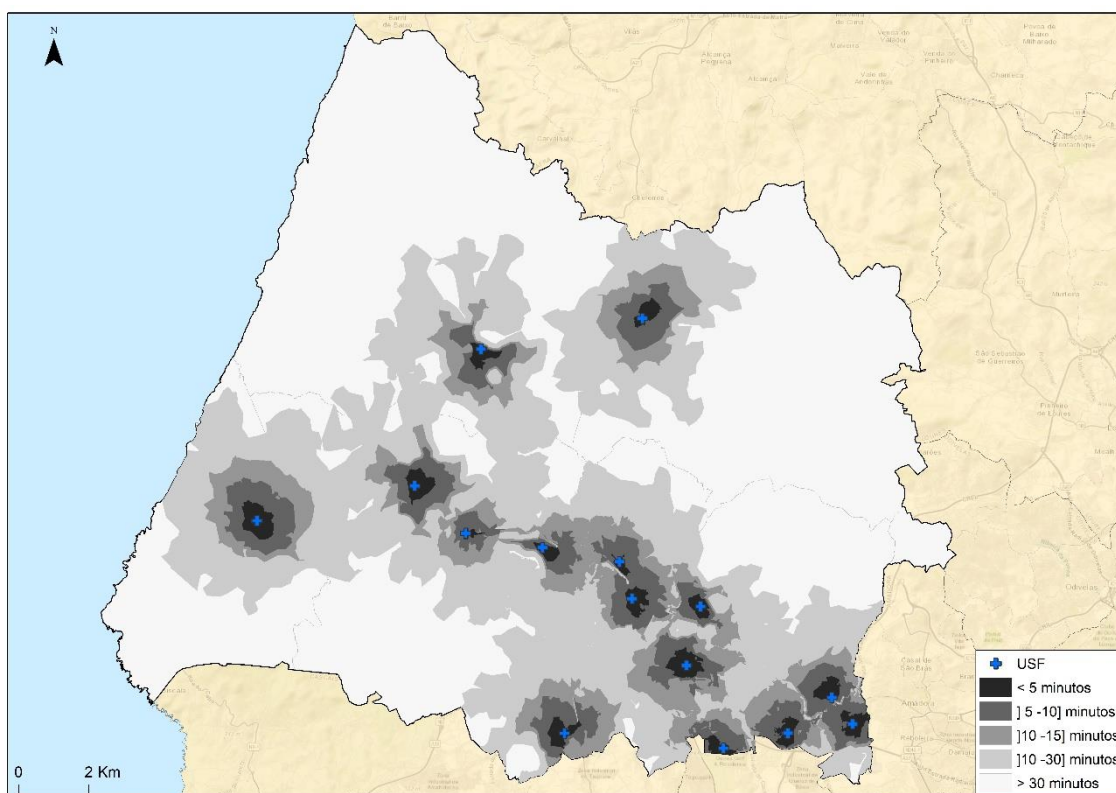


Figura 56 - Acessibilidade da população idosa que utiliza a bicicleta até às USF, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

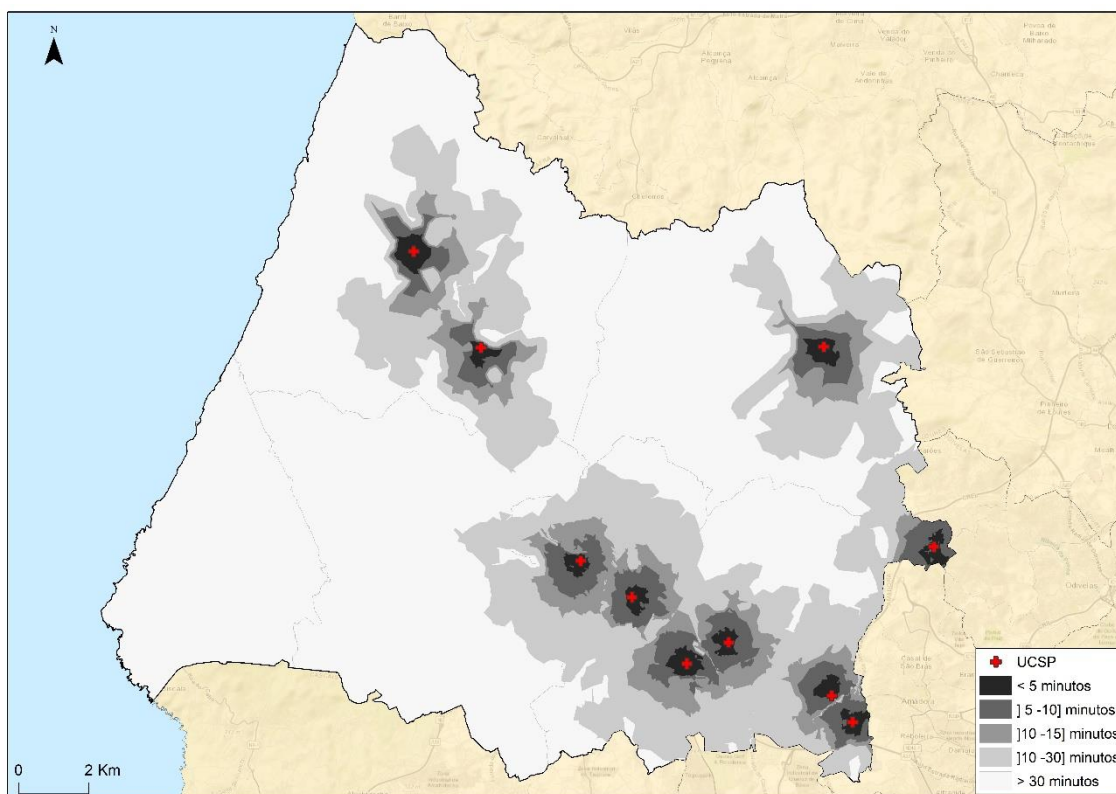


Figura 57 - Acessibilidade da população idosa que utiliza a bicicleta até às UCSP, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

#### 6.1.2.4. Perfil rodoviário

A utilização do automóvel facilita a acessibilidade aos CSP, apresentando uma cobertura potencial de quase de 100% até 30 minutos, tanto na acessibilidade às USF, como às UCSP. No entanto a acessibilidade real que está condicionada pelas limitações administrativas reduz a percentagem de população abrangida, sendo que apenas 74,6% da população se encontra até 30 minutos da USF, e 66,2% se encontra à mesma distância tempo de uma UCSP, se analisarmos a cobertura real a qualquer um dos dois tipos de CSP a cobertura real aumenta para 90%.

Ao contrário do modo pedonal, o modo rodoviário apresenta uma ordem decrescente, abrangendo mais de metade da população nos primeiros 5 minutos de automóvel. Ao analisar os dados recolhidos, existe um potencial de 80,1% e 68,9% de acessibilidade às USF e UCSP nos primeiros 5 minutos, já a sua cobertura real apenas é de 65% e 56,2% nas USF e UCSP, respetivamente. Esta realidade também está presente na população sobre servida por uma USF e UCSP, onde 35,2% da população encontra-se no máximo a 30 minutos de automóvel sendo que 31% se encontra a 5 minutos, tal como 13,5% dos 14,8% da população sobre servida por duas USF, está localizada a 5 minutos.

Mesmo que uma grande percentagem da população que é sobre servida esteja concentrada nos dois primeiros intervalos de tempo, até 10 minutos, também são os intervalos que apresentam a maior variação entre a população potencialmente abrangida e a população efetivamente abrangida pela área de influência, este fenómeno acontece devido ao elevado alcance da deslocação num veículo motorizado.

Unidade	USF				UCSP				Ambas			
População	População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa	
Tempos	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	80,1%	41353	65,0%	33574	68,9%	35580	56,2%	29044	85,8%	44318	79,7%	41163
Σ Até 5	80,1%	41353	65,0%	33574	68,9%	35580	56,2%	29044	85,8%	44318	79,7%	41163
]05 - 10]	15,1%	7787	7,0%	3626	24,7%	12749	8,6%	4440	10,8%	5603	7,8%	4016
Σ Até 10	95,1%	49140	72,0%	37200	93,6%	48329	64,8%	33484	96,6%	49921	87,5%	45179
]10 - 15]	3,2%	1671	1,9%	971	4,2%	2183	1,0%	511	1,7%	881	1,3%	676
Σ Até 15	98,4%	50811	73,9%	38171	97,8%	50512	65,8%	33995	98,3%	50802	88,8%	45855
]15 - 30]	1,3%	681	0,7%	384	2,0%	1040	0,4%	226	1,3%	655	0,9%	446
Σ Até 30	99,7%	51492	74,6%	38555	99,8%	51552	66,2%	34221	99,6%	51457	89,6%	46301
> 30 min	0,3%	165	25,4%	13102	0,2%	105	33,8%	17436	0,4%	200	10,4%	5356
Σ	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657

Quadro 43 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o automóvel, em Sintra

Fonte: Elaboração própria

	USF		Ambas	
	População real sobre servida			
	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	13,5%	6991	31,0%	16016
Σ Até 5	13,5%	6991	31,0%	16016
]05 - 10]	0,8%	434	3,1%	1599
Σ Até 10	14,4%	7425	34,1%	17615
]10 - 15]	0,3%	140	0,8%	428
Σ Até 15	14,6%	7565	34,9%	18043
]15 - 30]	0,1%	67	0,3%	136
Σ sobre servida	14,8%	7632	35,2%	18179
Não Sobre servida	85,2%	44025	64,8%	33478
Σ	100,0%	51657	100,0%	51657

Quadro 44 - População idosa sobre servida que utiliza o automóvel, em Sintra

Fonte: Elaboração própria



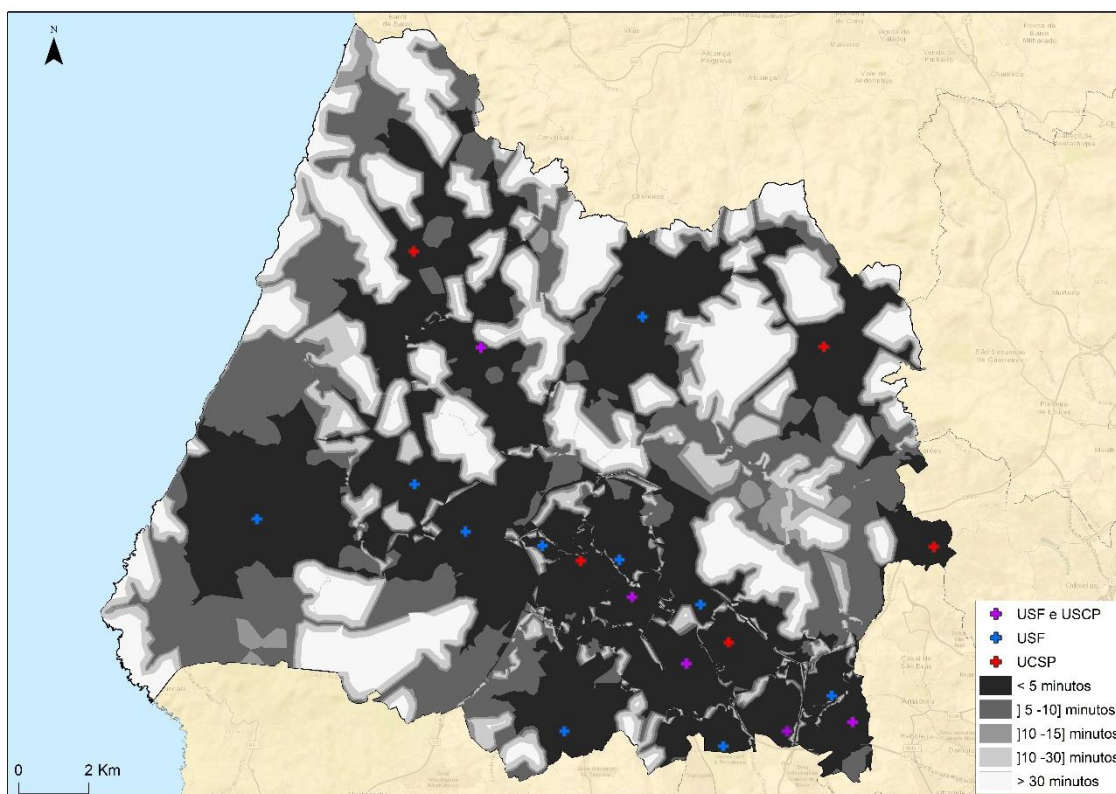


Figura 58 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o automóvel até aos CSP, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

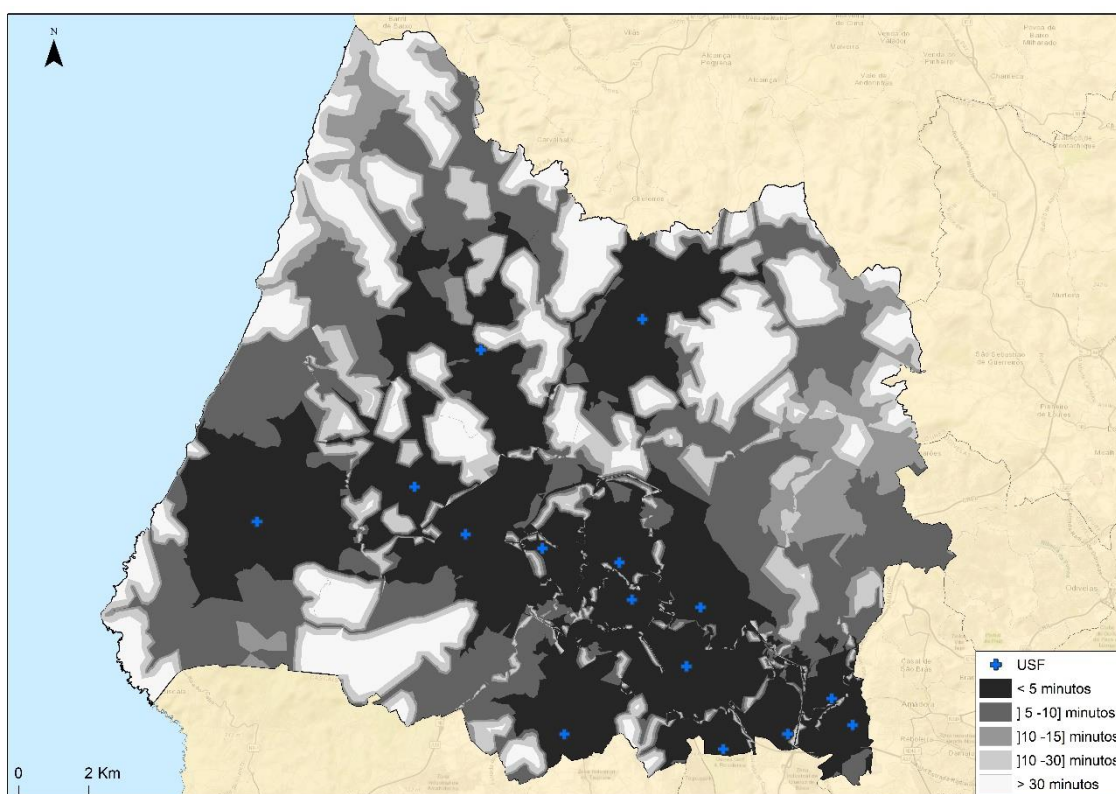


Figura 59 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o automóvel até às USF, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

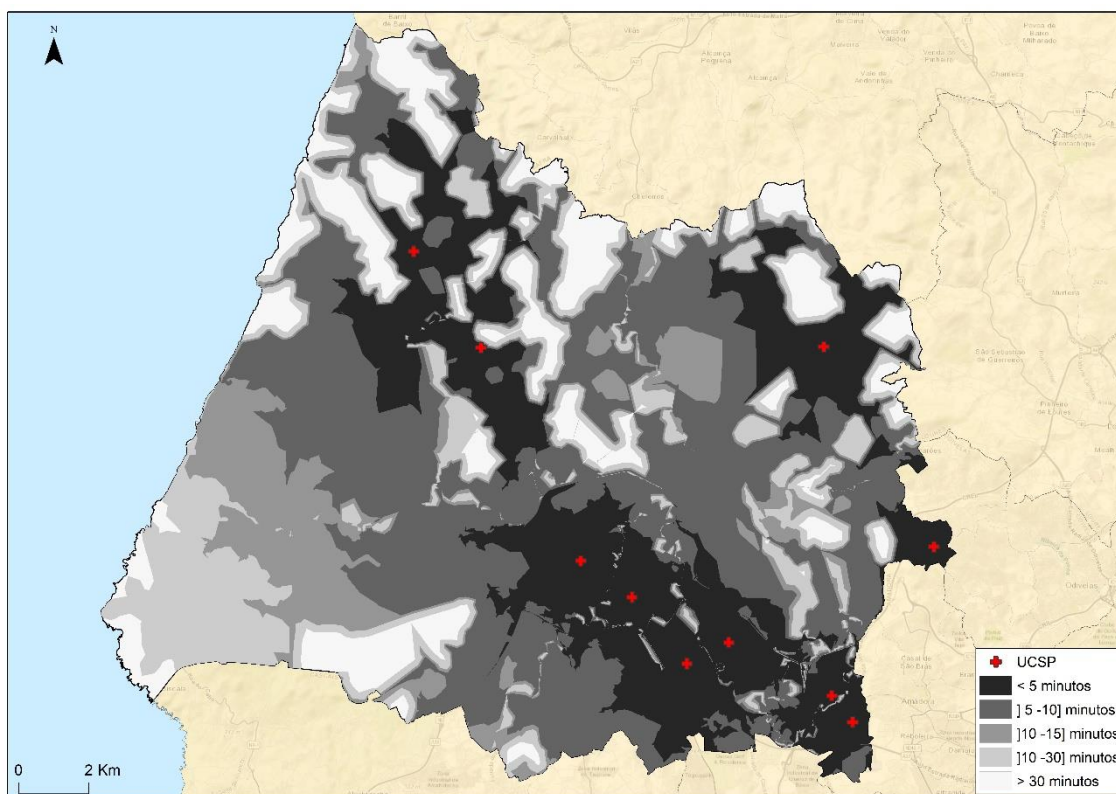


Figura 60 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o automóvel até às UCSP, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

#### 6.1.2.5. Perfil de transporte público da população com baixa ou sem dificuldade na marcha

Para analisar este perfil foi tomada em consideração os transportes públicos que prestam serviço no concelho de Sintra e a velocidade pedonal de 3,5km/h, assim verifica-se que as USF têm um potencial de prestar serviço a 96,1% da população que reside até 30 minutos, contudo apenas tem uma acessibilidade efetiva de 69,4% da população no mesmo intervalo de tempo. À semelhança das acessibilidades à USF, mas com uma variação menor, as UCSP têm um potencial de prestação de serviço a 89,7% da população que se encontra até 30 minutos, no entanto apenas 63,6% é que tem possibilidade de usar esse tipo de serviço. Ao realizar uma análise direcionada para os diferentes intervalos de tempo até 30 minutos, é visível que as USF têm potencial de prestar um maior número de serviço na população que se encontra entre 10 a 15 minutos (31,3%), contudo, existe uma maior concentração de população que realmente consegue adquirir esse tipo de serviço ao residir entre os 5 e os 10 minutos da USF (24,3%), já o potencial das UCSP é maior entre os 15 e os 30 minutos, prestando serviço a 32,6% da população residente neste intervalo de tempo, contudo, relativamente à população efetiva verifica-se que existe maior concentração entre os 5 e os 10 minutos (22,4%).

Se a análise tiver em consideração ambas as unidades de CSP verifica-se que 98,3% da população tem potencial de ser abrangido qualquer unidade de CSP até 30 minutos, mas de acordo com as áreas de influência impostas pelo SNS existe uma quebra de 7,7%, correspondendo apenas a 90,6% da população que tem efetivamente acessibilidade às unidades. O intervalo de tempo que apresenta maior percentagem de população idosa é entre

os 5 e os 10 minutos, com um potencial de 35,4% e uma acessibilidade efetiva de 35,1%. Para além da elevada capacidade de acessibilidade de um equipamento de CSP até 30 minutos existe uma elevada proporção de população que está sobre servida, 22,1%, tendo a capacidade de ser servida por ambas UCSP e USF. Com uma proporção menor, mas mesmo assim significativa por tratar-se de um serviço que presta as mesmas valências existe 18,1% da população que está sobre servida por duas USF.

Unidade	USF				UCSP				Ambas			
População	População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa	
Tempos	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	7,8%	4028	7,6%	3906	5,3%	2722	3,3%	1710	8,9%	4590	8,9%	4590
Σ Até 5	7,8%	4028	7,6%	3906	5,3%	2722	3,3%	1710	8,9%	4590	8,9%	4590
]05 - 10]	28,3%	14635	24,3%	12561	25,4%	13135	22,4%	11556	35,4%	18306	35,1%	18146
Σ Até 10	36,1%	18663	31,9%	16467	30,7%	15857	25,7%	13266	44,3%	22896	44,0%	22736
]10 - 15]	31,3%	16160	22,3%	11517	26,4%	13633	21,0%	10859	30,8%	15929	28,7%	14809
Σ Até 15	67,4%	34823	54,2%	27984	57,1%	29490	46,7%	24125	75,2%	38825	72,7%	37545
]15 - 30]	28,7%	14806	15,2%	7844	32,6%	16848	16,9%	8743	23,1%	11932	17,9%	9270
Σ Até 30	96,1%	49629	69,4%	35828	89,7%	46338	63,6%	32868	98,3%	50757	90,6%	46815
> 30 min	3,9%	2028	30,6%	15829	10,3%	5319	36,4%	18789	1,7%	900	9,4%	4842
Σ	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657

Quadro 45 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h, em Sintra  
Fonte: Elaboração própria

	USF		Ambas	
	População real sobre servida			
	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	1,1%	592	2,0%	1048
∑ Até 5	1,1%	592	2,0%	1048
]05 - 10]	7,7%	4003	9,8%	5076
∑ Até 10	8,9%	4595	11,9%	6124
]10 - 15]	7,4%	3829	6,3%	3266
∑ Até 15	16,3%	8424	18,2%	9390
]15 - 30]	1,8%	918	3,9%	2002
∑ sobre servida	18,1%	9342	22,1%	11392
Não Sobre servida	81,9%	42315	77,9%	40265
∑	100,0%	51657	100,0%	51657

Quadro 46 - População idosa sobre servida que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h, em Sintra  
Fonte: Elaboração própria



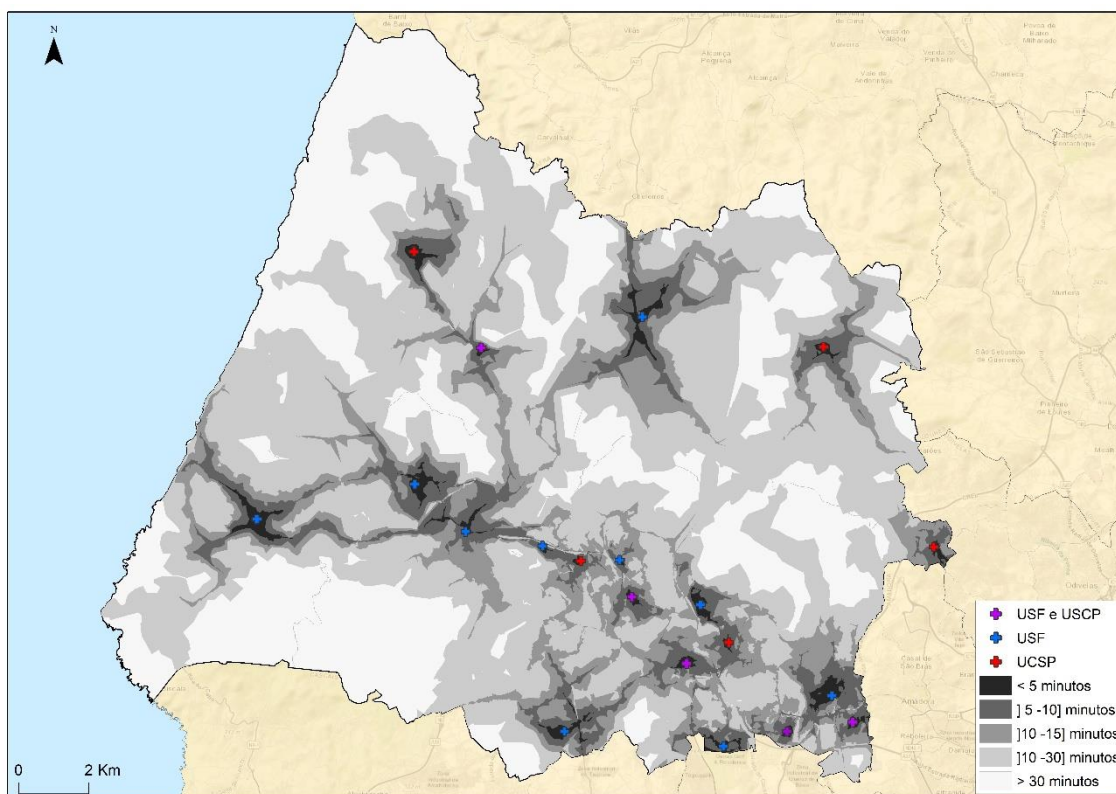


Figura 61 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h até aos CSP, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

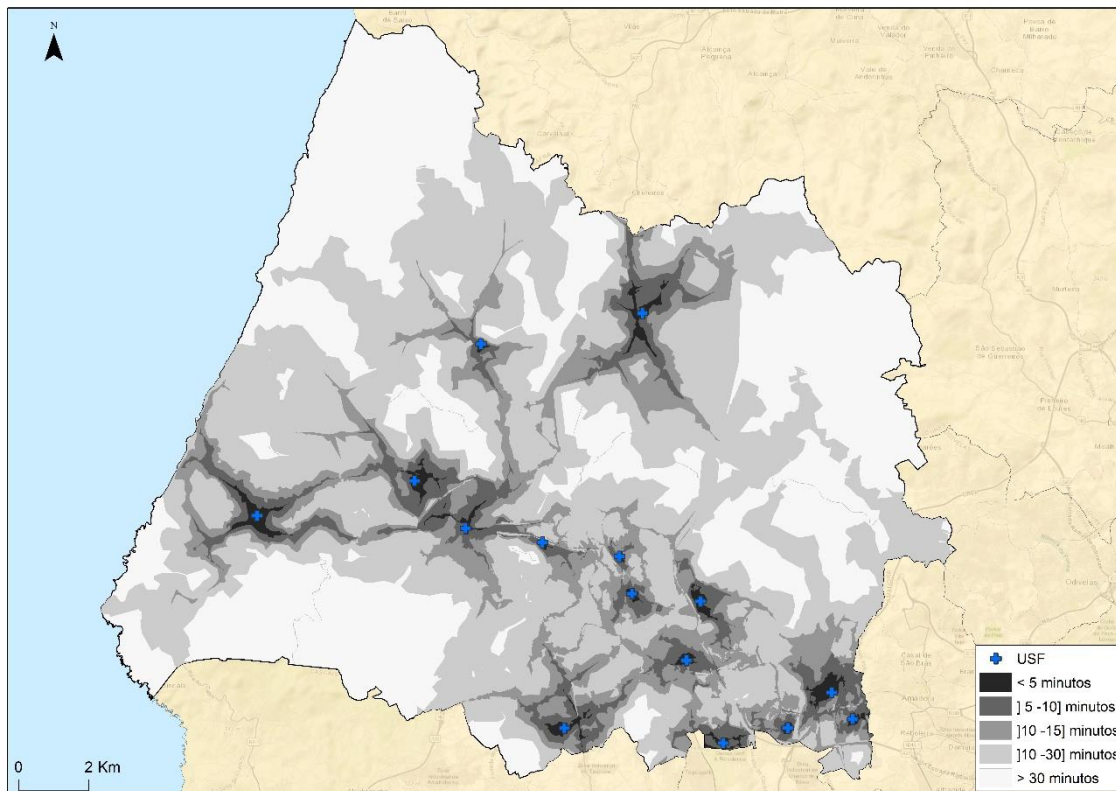


Figura 62 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h até às USF, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

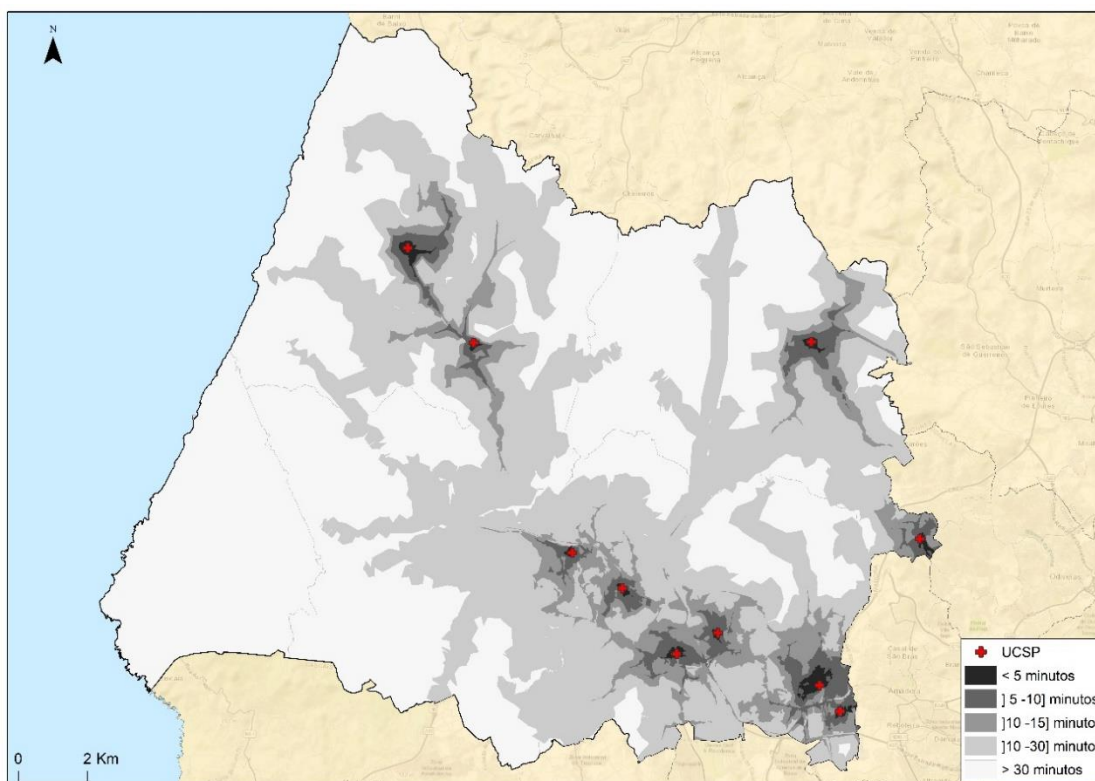


Figura 63 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 3,5 km/h até às UCSP, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

#### 6.1.2.6. Perfil de transporte público da população com média ou elevada dificuldade

Quanto à acessibilidade da população idosa que se desloca a uma velocidade de 1,6 km/h e que opta por utilizar o transporte público, verifica-se que os valores não apresentam grande discrepância em comparação com a população que utiliza o TP, mas que caminha a uma velocidade de 3,5 km/h.

É visível que as USF têm potencial de prestar serviço a 91,9% da população que reside até 30 minutos, mas apenas presta serviço a 62,2%, com uma menor variação, as UCSP apresentam um potencial de prestação de serviço a 83,4% da população que reside até 30 minutos, contudo têm uma prestação real a 60,2% da população. Ao analisar as unidades funcionais como um conjunto, verifica-se que a acessibilidade potencial (94,6%) e a acessibilidade real (81,8%) aumentam e a variação entre as duas acessibilidades diminui.

Relativamente aos intervalos de tempo que apresentam maior concentração da população, é visível que este perfil se assemelha aos perfis de modo suave, onde apresentam uma concentração populacional ascendente, pois mais de metade da população que reside até meia hora de uma unidade funcional encontra-se no intervalo de tempo entre 15 e 30 minutos, tanto na acessibilidade potencial como real.

À semelhança dos restantes perfis, existe uma maior proporção (15,1%) de população sobre servida que reside até 30 minutos de duas unidades funcionais de tipologia diferente (UCSP e USF), em comparação com a população que é sobre servida por duas USF (9,5%) que estão localizadas no mesmo edifício que prestam serviço à mesma área de influência.

Unidade	USF				UCSP				Ambas			
População	População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa		População potencial		População administrativa	
Tempos	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	2,6%	1350	2,6%	1328	1,4%	737	0,6%	333	2,8%	1467	2,8%	1467
Σ Até 5	2,6%	1350	2,6%	1328	1,4%	737	0,6%	333	2,8%	1467	2,8%	1467
]05 - 10]	12,6%	6508	10,2%	5265	7,3%	3777	5,1%	2650	13,5%	6969	13,5%	6949
Σ Até 10	15,2%	7858	12,8%	6593	8,7%	4514	5,8%	2983	16,3%	8436	16,3%	8416
]10 - 15]	20,7%	10680	15,3%	7907	15,9%	8207	13,9%	7195	22,4%	11566	21,8%	11255
Σ Até 15	35,9%	18538	28,1%	14500	24,6%	12721	19,7%	10178	38,7%	20002	38,1%	19671
]15 - 30]	56,1%	28956	34,1%	17617	58,8%	30374	40,5%	20933	55,8%	28847	43,7%	22598
Σ Até 30	91,9%	47494	62,2%	32117	83,4%	43095	60,2%	31111	94,6%	48849	81,8%	42269
> 30 min	8,1%	4163	37,8%	19540	16,6%	8562	39,8%	20546	5,4%	2808	18,2%	9388
Σ	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657	100,0%	51657

Quadro 47 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h, em Sintra

Fonte: Elaboração própria

	USF		Ambas	
	População real sobre servida			
	%	BGRI	%	BGRI
<5 min	0,2%	89	0,2%	124
Σ Até 5	0,2%	89	0,2%	124
[05 - 10]	1,2%	597	2,1%	1071
Σ Até 10	1,3%	686	2,3%	1195
[10 - 15]	3,2%	1675	4,9%	2532
Σ Até 15	4,6%	2361	7,2%	3727
[15 - 30]	5,0%	2569	7,9%	4064
Σ sobre servida	9,5%	4930	15,1%	7791
Não Sobre servida	90,5%	46727	84,9%	43866
Σ	100,0%	51657	100,0%	51657

Quadro 48 - População idosa sobre servida que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h, em Sintra

Fonte: Elaboração própria

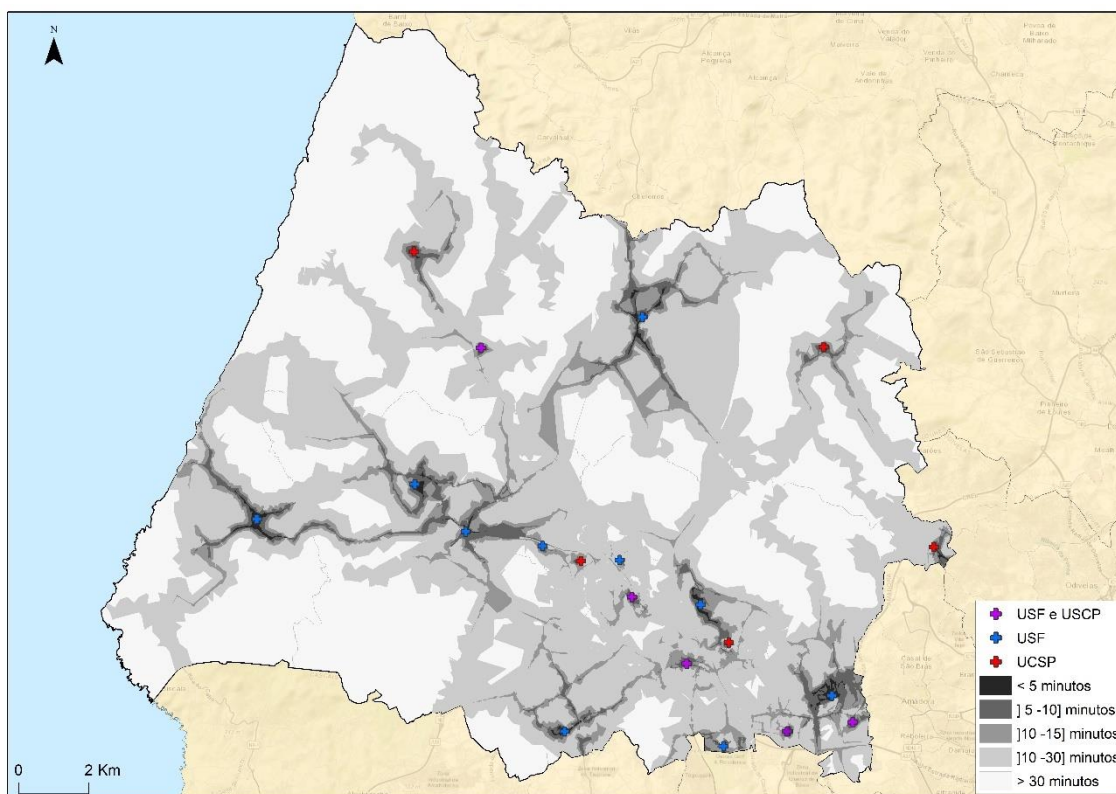


Figura 64 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h até aos CSP, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)

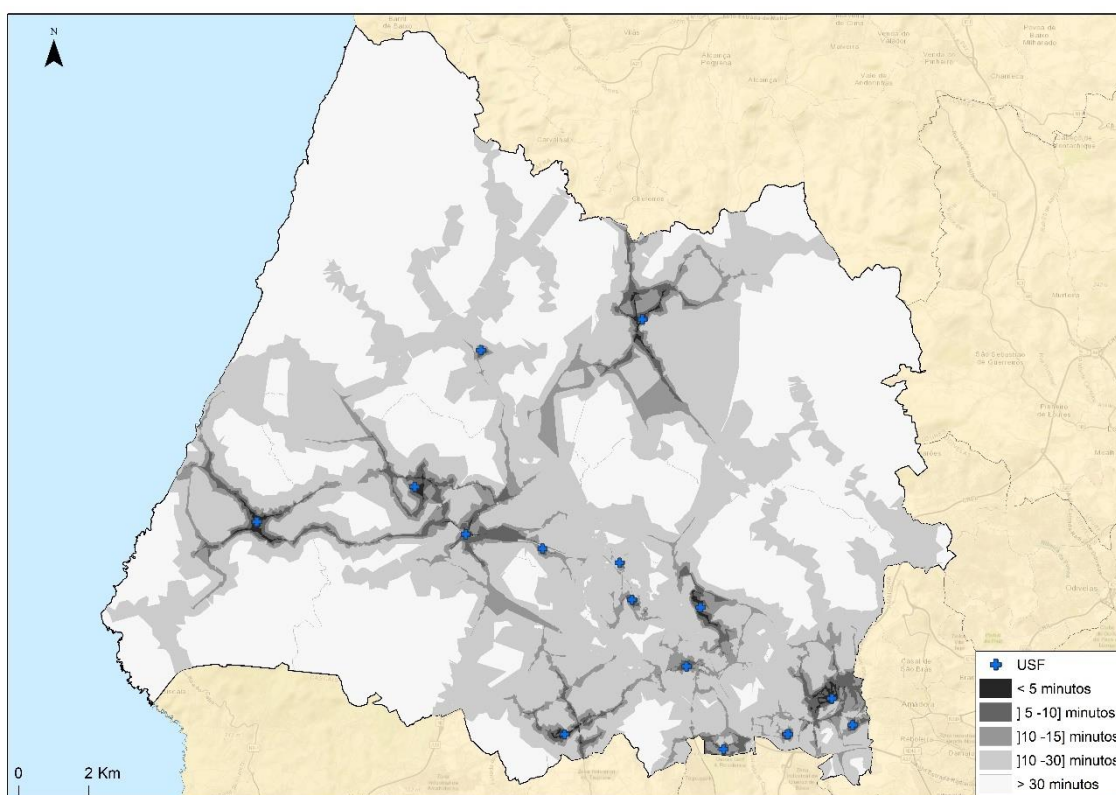


Figura 65 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h até às USF, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)



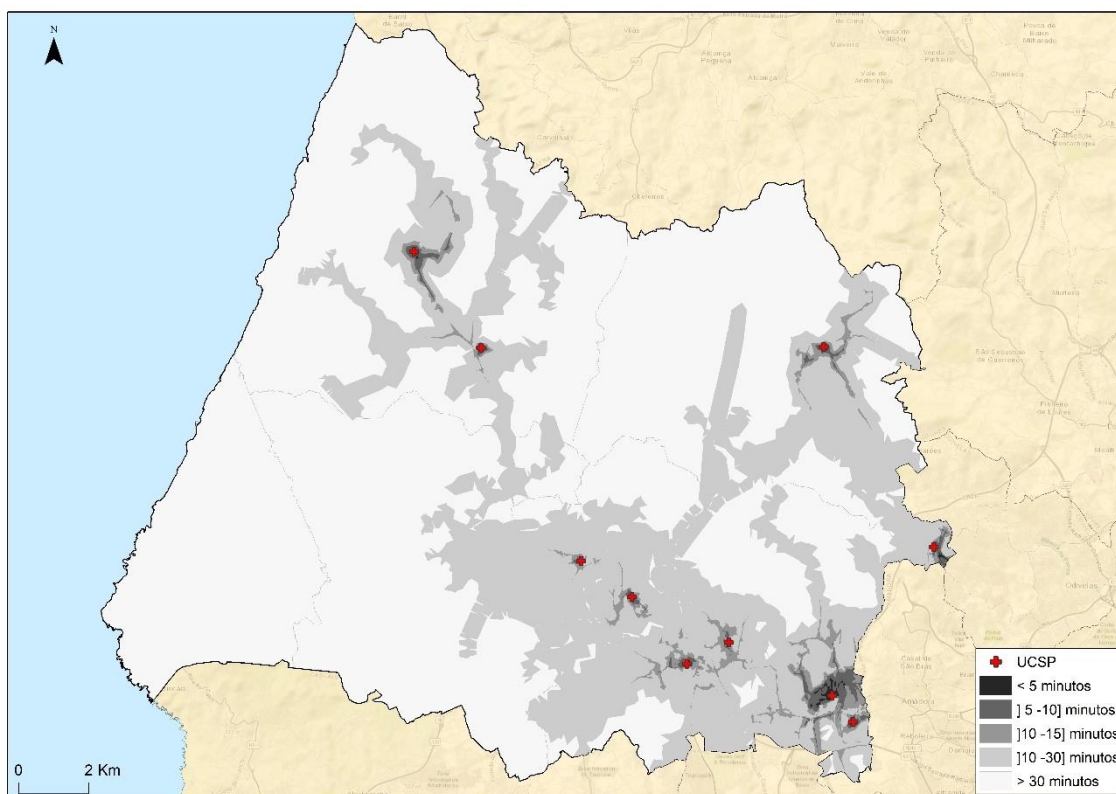


Figura 66 - Acessibilidade da população idosa que utiliza o TP e caminha a 1,6 km/h até às UCSP, em Sintra  
 Fonte: Elaboração própria, a partir de SNS (2019), DGS (2018), ESRI (2012) e Atlas da AML (2016)



## 6.2. Caracterização da Amostra

Tal como já foi mencionado no capítulo de metodologias, para a comparação da oferta e procura recorreu-se a uma observação direta, com a execução de 60 inquéritos à população residente no concelho de Sintra (30 inquéritos na UF de São João das Lampas e Terrugem), e no concelho de Palmela (13 inquéritos na freguesia de Palmela e 17 inquéritos na freguesia de Pinhal Novo).

### 6.2.1. Caracterização Socioeconómica

O género masculino apresenta uma maior representativa na amostra recolhida em ambos os concelhos, tendo sido entrevistado 16 homens e 14 mulheres em Sintra, 53,3% e 46,7% da população inquirida, respetivamente, e no concelho de Palmela foram entrevistados com 20 homens (66,7%) e 10 mulheres (33,3%).

A amostra recolhida no concelho de Palmela é consideravelmente mais jovem comparativamente à amostra do concelho de Sintra, pois a amostra de Palmela tem uma maior representatividade no grupo etário entre os 65 e os 69 anos (36,7%), enquanto que na freguesia de Sintra esse grupo etário apenas tem uma representatividade de 6,7%, em oposição, 30% dos inquiridos de Sintra têm 80 ou mais anos, e apenas 16,7% dos inquiridos em Palmela correspondem a esse grupo etário.

É visível na figura 67 e 68 que a população feminina inquirida em Palmela apresenta uma idade mais jovem em oposição à população feminina inquirida em Sintra, metade da população inquirida em Palmela que tinha uma idade entre os 65 e 69 anos eram mulheres, ao contrário de Sintra, onde a grande maioria da população feminina inquirida em Sintra tem idade compreendida entre os 75 e 80 anos (35,7%) e 80 ou mais anos (35,7%).

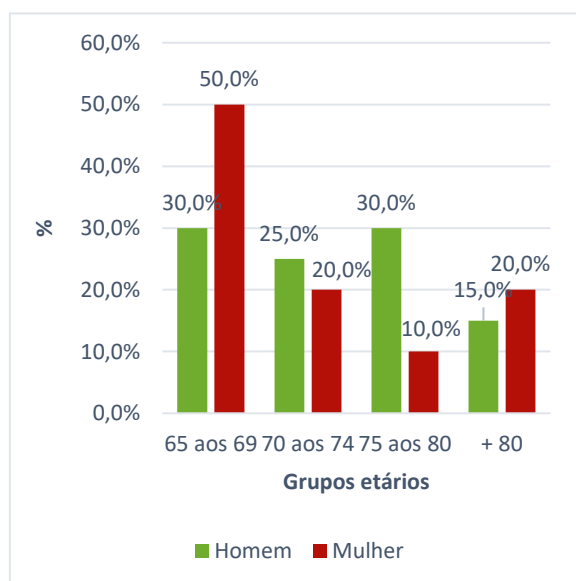


Figura 67 - Grupos etários da amostra de Palmela  
Fonte: Inquérito, 2020

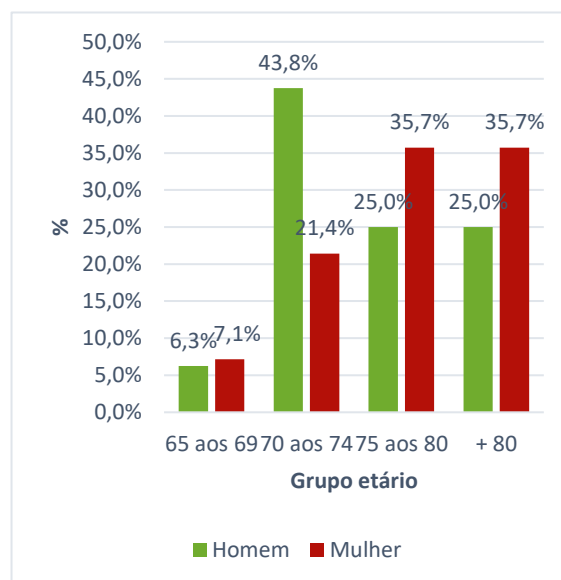


Figura 68 - Grupos etários da amostra de Sintra  
Fonte: Inquérito, 2020

Relativamente ao estado civil, é visível através da figura 69 que em ambos os concelhos, a amostra apresenta uma forte representatividade de idosos casados ou a residir por união de facto, apesar desta representatividade ser maior em Palmela (63,3%) que em Sintra (46,7%). O segundo estado civil mais referido foi a população viúva que apresenta maior percentagem em Sintra, 30%, comparativamente a Palmela com apenas apresenta 16,7%.

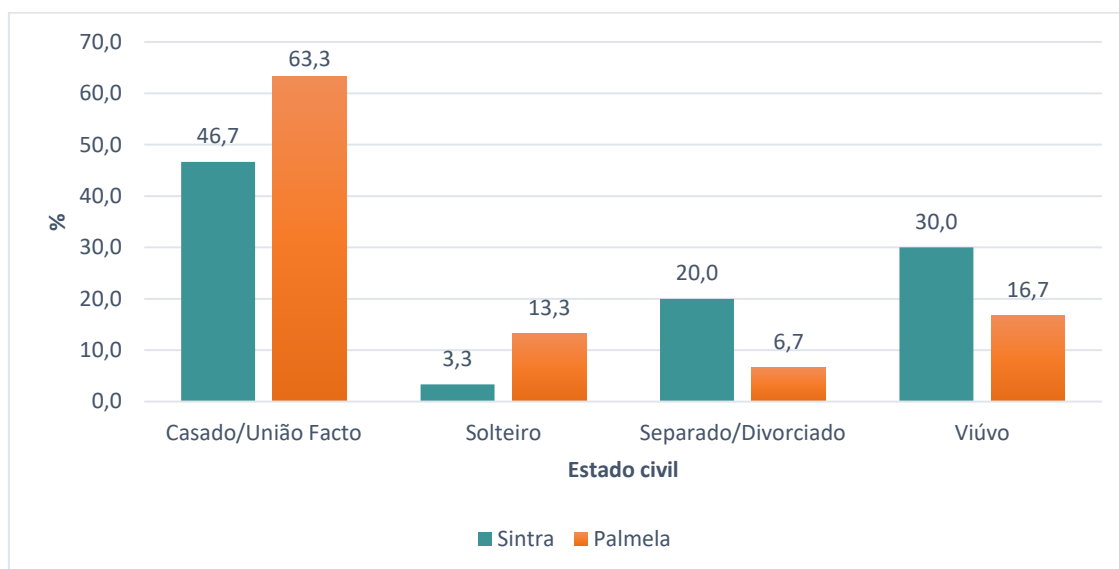


Figura 69 - Estado civil da amostra, em percentagem  
Fonte: Inquérito, 2020

Ao cruzar a informação referente ao estado civil e o respetivo agregado familiar (Quadro 48) é notório que existe algum isolamento da população idosa inquirida em Sintra, isto porque o total dos inquiridos que mencionaram ser viúvos(as), solteiros ou separado/divorciado afirmam que residem sozinhos(as), em oposição, em Palmela apenas 40% dos inquiridos que são viúvos residem sozinhos, enquanto que os outros 60% dos viúvos(as) reside com o filho(a), com o filho(a) e genro/nora, ou apenas com o neto(a), semelhantemente, metade dos indivíduos inquiridos em Palmela que estão separados/divorciados residiam sozinhos, mas a outra metade reside com os filhos e relativamente à percentagem da população que referiu ser solteiro(a), 25% reside com a irmã e com o cunhado, outros 25% reside com os pais e a outra metade reside sozinha.

Relativamente aos inquiridos que permaneciam casados em Sintra, 64,3% reside apenas com o cônjuge, os outros 35,7% reside com o cônjuge e com filho(s). Em Palmela, com uma dinâmica familiar semelhante, 89,5% dos casados residem apenas com o cônjuge, contudo 5,3% reside com o cônjuge, filho e neto(a), e outros 5,3% reside com filho(a), genro/nora e neto(a), não coabitando na mesma casa com a mulher.

Estado civil \ Agregado familiar		Casado/União Facto	Solteiro	Separado/Divorciado	Viúvo
Sintra	Sozinho	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Cônjuge	64,3%	0,0%	0,0%	0,0%
	Cônjuge e com filho(s)	35,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Palmela	Sozinho	0,0%	50,0%	50,0%	40,0%
	Cônjuge	89,5%	0,0%	0,0%	0,0%
	Filhos	0,0%	0,0%	50,0%	20,0%
	Netos	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%
	Cônjuge, filho e neto(a)	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%
	Com filho(a), genro/nora e neto(a)	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%
	Com filho(a) e genro/nora	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%
	Pais	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%
	Irmã e com cunhado	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%

Quadro 49 - Cruzamento de Estado Civil com o agregado familiar

Fonte: Inquérito, 2020

Toda a amostra inquirida em Sintra reside em moradias, ao contrário de Palmela, onde mais de metade, 56,7%, reside em apartamento.

Relativamente ao rendimento mensal do agregado familiar os inquiridos, é notório que existe maior precariedade nos idosos residentes em Palmela, pois 10% da população afirma que o dinheiro que recebe não chega para as necessidades todas, mais de metade (56,7%) diz que o dinheiro no final do mês chega mesmo à justa e 33,3% diz que sobra algum dinheiro no final do mês. Já em Sintra, apenas 6,7% diz que não chega para as necessidades, metade diz que o dinheiro chega à justa e 43,3% afirma que o dinheiro sobra no final do mês (Figura 70 e 71).

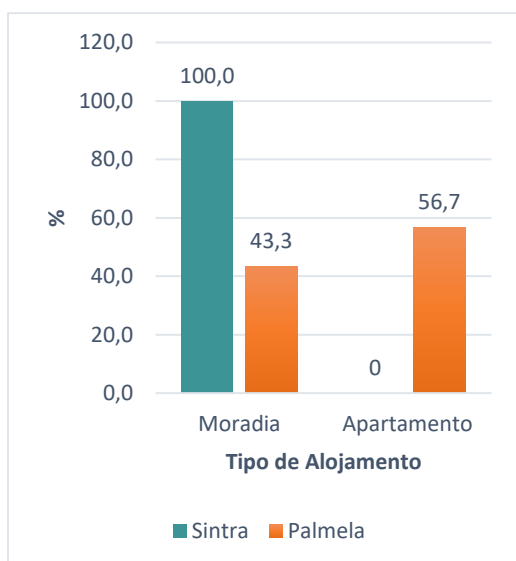


Figura 70 - Tipo de alojamento da amostra  
Fonte: Inquérito, 2020

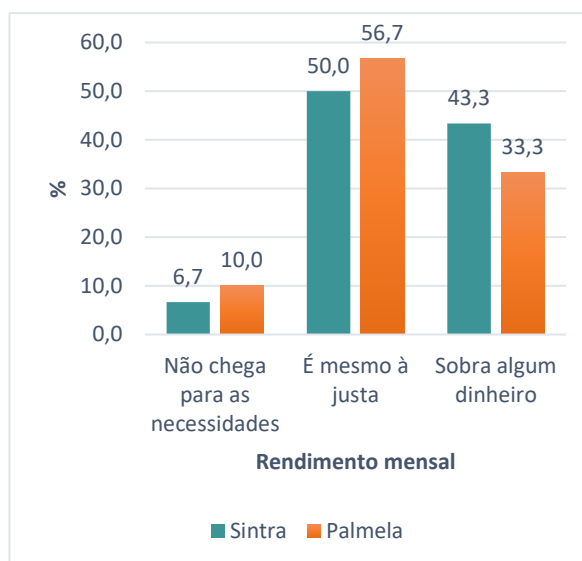


Figura 71 - Rendimento mensal da amostra  
Fonte: Inquérito, 2020

A quase totalidade dos inquiridos em Sintra é pensionista por ter atingido a idade legal de reforma, sendo apenas 6,7% reformados por incapacidade. Em Palmela 76,7% da população é pensionista por ter atingido a idade de reforma e 16,7% por incapacidade, contudo 3,3% da população está desempregado há menos de um ano e aguarda a reforma, e com a mesma percentagem (3,3%) nunca trabalhou (Figura 72).

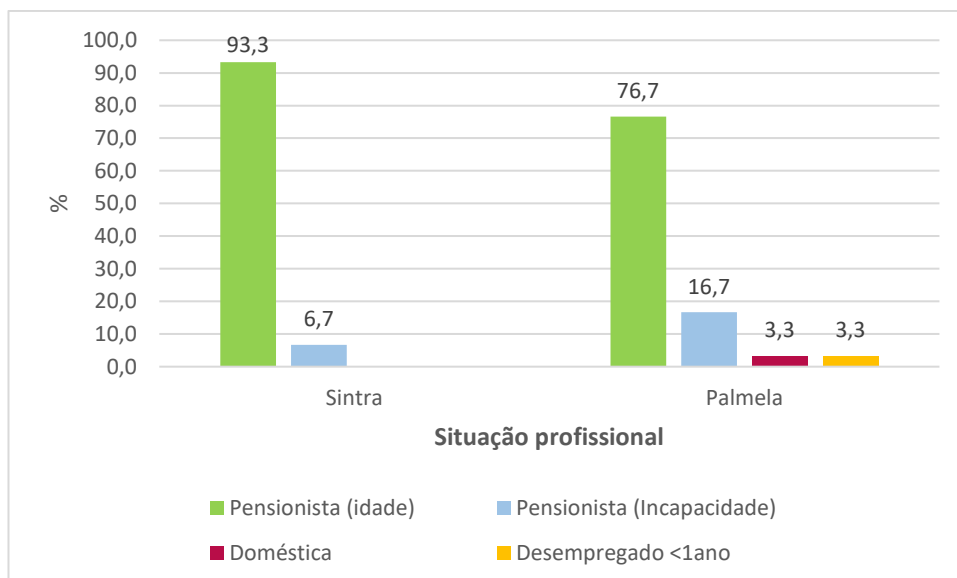


Figura 72 - Situação profissional, no concelho de Sintra e Palmela  
Fonte: Inquérito, 2020

No que se refere ao grau de instrução dos inquiridos em Sintra ocorre uma grande diversidade, e grande taxa de analfabetismo, pois 30% da população inquirida não sabe ler nem escrever, mas 40% dos inquiridos tem o primeiro ciclo, 16,7% da população tem o segundo ciclo, 10% frequentou o ensino secundário e 3,3% concluiu uma licenciatura. Em oposição, a população inquirida em Palmela apresenta uma baixa taxa de analfabetismo, 3,3%, mais de metade (56,7%) tem o primeiro ciclo, e 26,7% concluiu a segunda classe e 13,3% tem o ensino secundário completo (Figura 73).

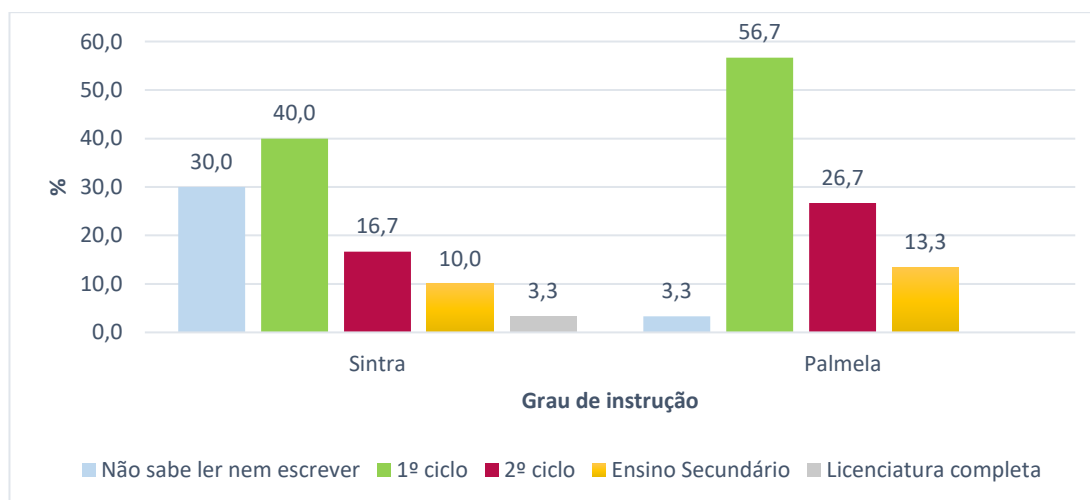


Figura 73 - Grau de escolaridade, no concelho de Sintra e Palmela  
Fonte: Inquérito, 2020

### 6.2.2. Saúde

É visível na figura 74 que uma grande proporção de população inquirida em Palmela não tem dificuldade na sua caminhada (60%) ou tem baixa dificuldade (20%), enquanto que a população inquirida em Sintra apenas 20% não tem dificuldades a caminhar e 36,7% dos inquiridos tem baixa dificuldade, verificando que 33,3% da população em Sintra tem média dificuldade. A baixa ou inexistente dificuldade na sua deslocação dos inquiridos de Palmela pode ser explicada por uma amostra mais jovem nesse concelho comparativamente a Sintra.

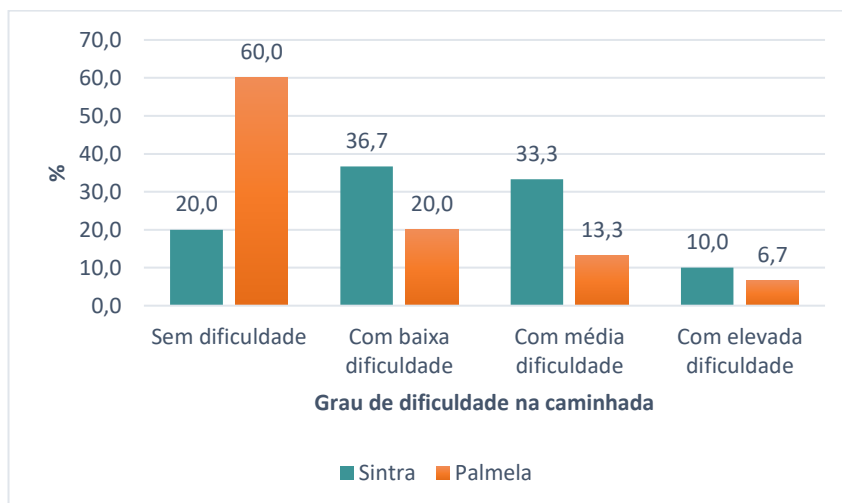


Figura 74 - Grau de dificuldade na caminhada  
Fonte: Inquérito, 2020

Relativamente ao estado de saúde da amostra é visível na figura 75 que a opinião é bastante homogénea, pois 40% da população inquirida em ambos os concelhos acham que tem um estado de saúde razoável, e 36,7% acha que tem um estado de saúde bom, contudo, 16,7% da população de Sintra acha que tem um estado de saúde mau e apenas 6,7% acha que tem um estado de saúde muito bom, já a amostra de Palmela apresenta 10% da população que considera o seu estado de saúde muito bom e outro 10% que considera mau estado de saúde.

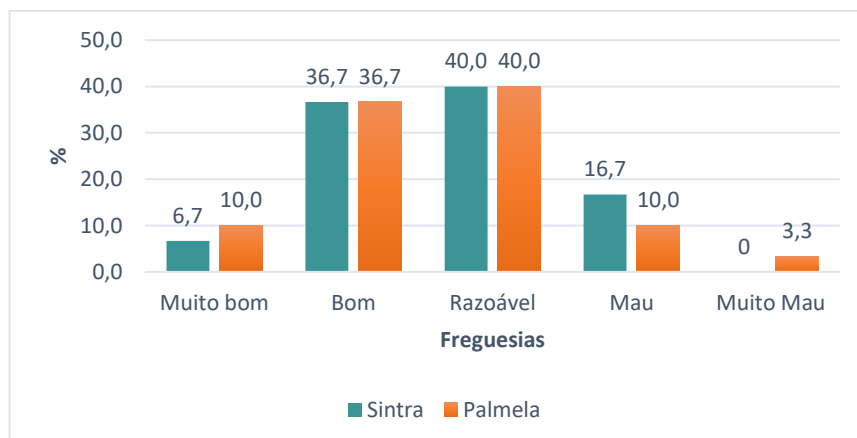


Figura 75 - Resposta à pergunta "De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde?"  
Fonte: Inquérito, 2020

### 6.2.3. Deslocações

Existe uma maior proporção de utilização de automóvel por parte da população residente em Palmela, 46,7%, comparativamente à população residente em Sintra, 23,3% da amostra. Contudo, em Sintra há uma maior proporção de população que reside com alguém que conduz um automóvel (23,3%) em oposição a Palmela que apresenta apenas 10% dessa situação. Em ambos os concelhos, 10% dos inquiridos deslocam-se de bicicleta para as suas atividades do quotidiano. É necessário frisar que grande parte da amostra inquirida não tem um veículo próprio para utilizar nas suas deslocações, sendo maior essa proporção em Sintra (43,3%) comparativamente a Palmela (33,3%). (Figura 76)

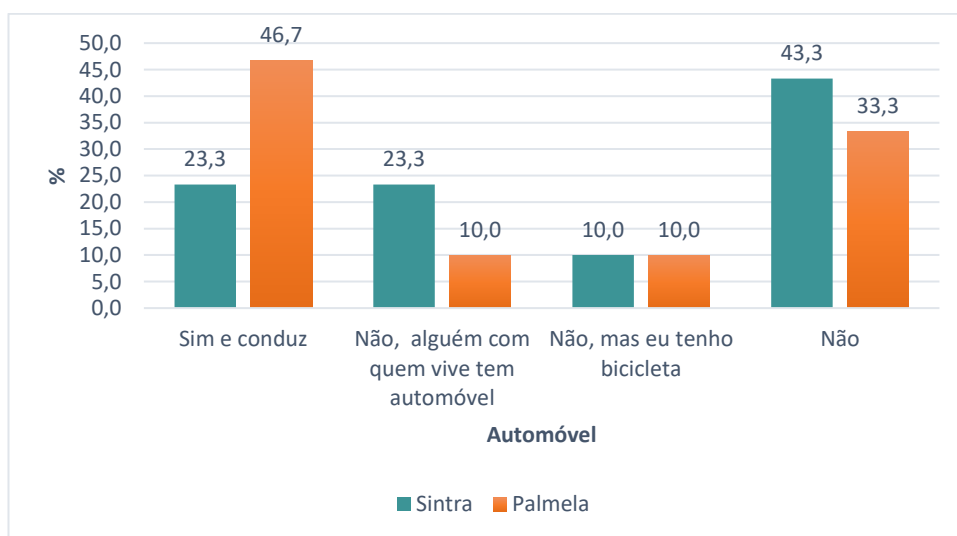


Figura 76 - Resposta à pergunta "Tem Automóvel?", no concelho de Palmela e Sintra  
Fonte: Inquérito, 2020

Como uma grande proporção da amostra referiu que não ter veículo próprio, logo desloca-se a pé ou de transporte público (TP), é necessário referir que mais de metade da amostra de Palmela (73,3%) afirma que a qualidade do passeio junto à sua zona residencial é boa, o mesmo acontece com os inquiridos de Sintra, pois 66,7% partilha da mesma opinião, no entanto 23,3% da população de Palmela afirma que a qualidade de passeios não é boa e 30% da população de Sintra afirma que não tem uma opinião sólida sobre a qualidade do passeio (Figura 77).

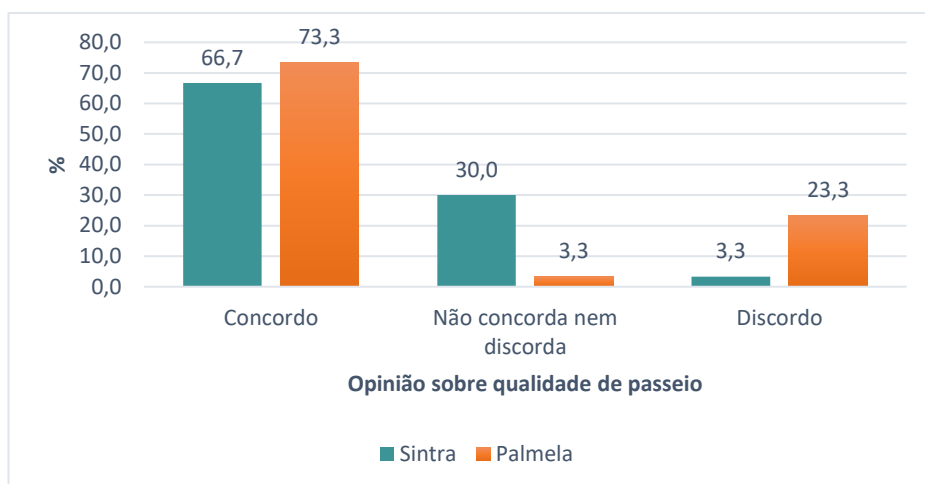


Figura 77 - Resposta à pergunta "É fácil caminhar no meu bairro/zona de resid./vizinhança (qualidade do passeio, presença de obstáculos...)", em Sintra e Palmela  
Fonte: Inquérito, 2020

No que respeita à prestação dos serviços de transportes públicos nas áreas de estudo, é visível na figura 78 que opinião em Sintra é maioritariamente negativa (43,3%) ou sem opinião (40%), e apenas 16,7% da população inquirida em Sintra concorda que estão bem servidos de transportes. Em oposição, no concelho de Palmela mais de metade, 56,7%, afirma que está bem servido de transportes, mas 26,7% tem uma opinião contrária e mais negativa.

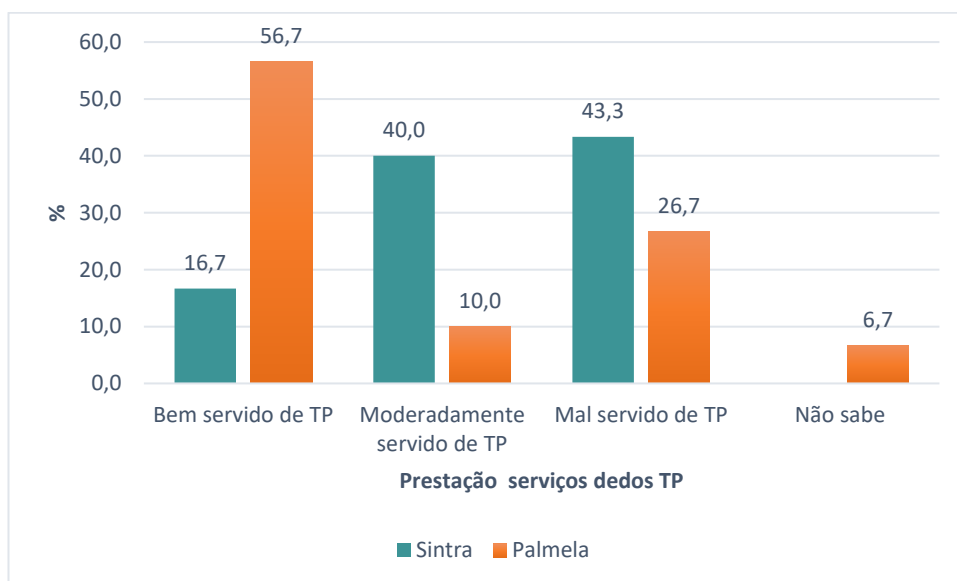


Figura 78 - Resposta à "O meu bairro/zona de resid./vizinhança é bem servido de transportes públicos", em Sintra e Palmela  
Fonte: Inquérito, 2020

No entanto, ao considerar as respostas pelas duas freguesias do concelho de Palmela é visível perceber através da figura 79 e 80, que existe uma grande discrepância de opiniões relativamente à prestação dos transportes públicos, pois mais de metade da população (61,5%) residente na freguesia de Palmela afirma uma forte ausência de transportes públicos naquela área, onde apenas 15,4% concorda que a sua zona residência está bem servida, ou não concorda nem discorda. Em oposição, mais de metade (88,2%) da amostra de Pinhal Novo

afirma que está bem servido de transportes públicos, referindo sobretudo transporte férreo e apenas 5,9% não apresenta uma opinião formada ou não concorda nem discorda com o serviço de prestado pelas empresas de transporte.

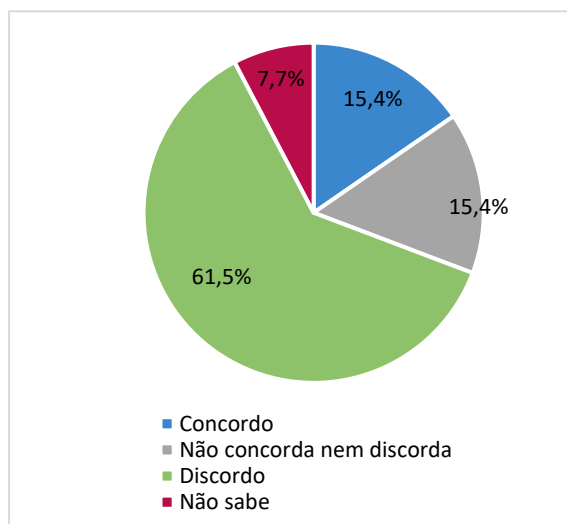


Figura 79 - Opinião dos TP na freguesia de Palmela  
Fonte: Inquérito, 2020

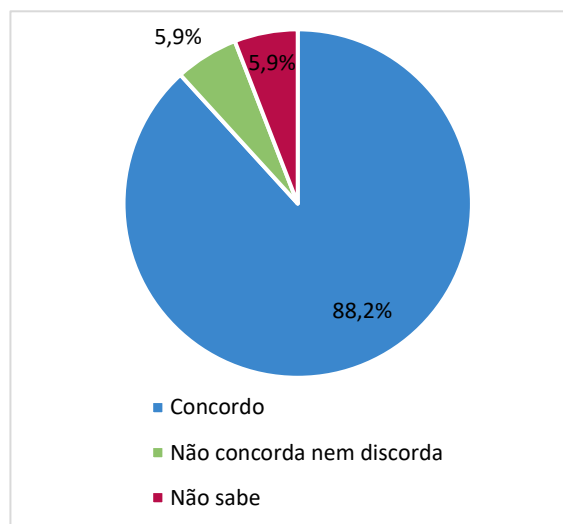


Figura 80 - Opinião dos TP na freguesia de Pinhal Novo  
Fonte: Inquérito, 2020

É visível através da figura 81 que mais de metade da amostra do concelho de Sintra e Palmela não adquire o passe, apenas 16,7% da população inquirida em Sintra é que tem o passe de TP, e 20% dos inquiridos no concelho de Palmela têm o passe de TP.

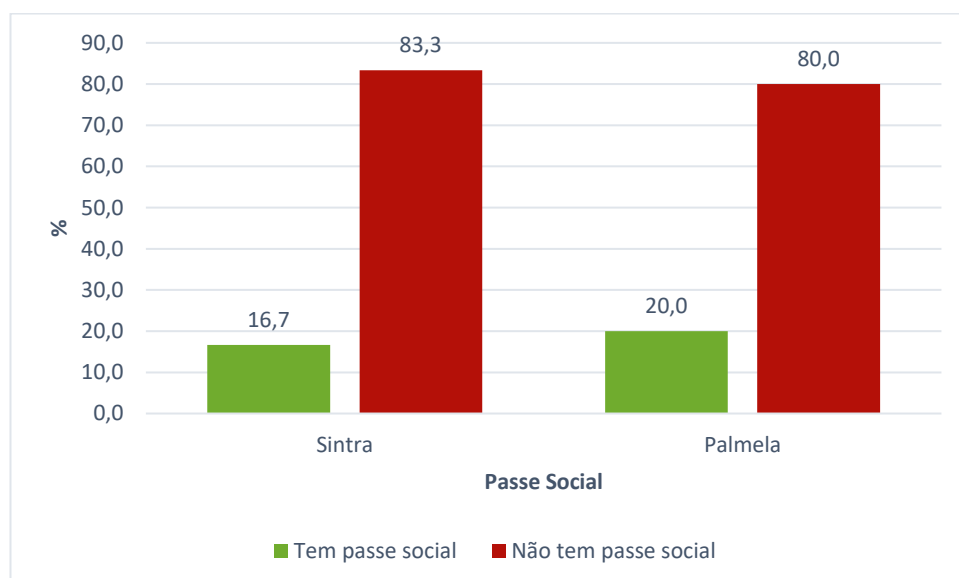


Figura 81 - Resposta à pergunta "Em relação aos transportes, tem passe social? ". no concelho de Palmela e Sintra  
Fonte: Inquérito, 2020



## 6.2.4. Procura dos CSP

### 6.2.4.1. Palmela

Em relação aos CSP, verifica-se no concelho Palmela, 20% da população não está alocado a nenhum CSP, não utilizando os serviços de CSP existentes na sua freguesia, verifica-se que um terço utiliza ou está alocado a USF Santiago de Palmela. Relativamente às unidades de saúde existentes na freguesia de Pinhal Novo, 26,7% da população inquirida desloca-se à nova USF Pinhal Saúde e, uma percentagem mais baixa, 16,7% da população desloca-se à UCSP Pinhal Novo – Praça Ultramar (Figura 82).

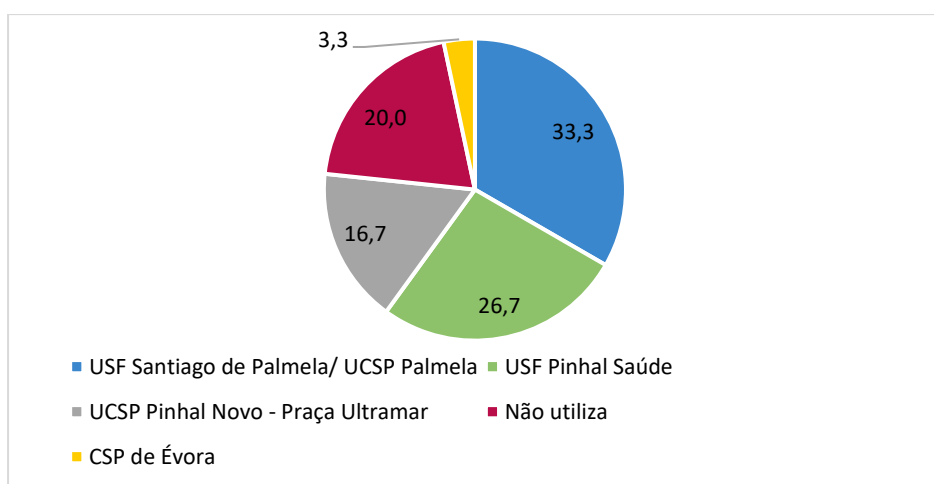


Figura 82 - Equipamentos de CSP mencionados pelos inquiridos no concelho de Palmela  
Fonte: Inquérito, 2020

Considerando as duas freguesias do concelho de Palmela, verifica-se que no Pinhal Novo a população apresenta maior opção de escolha dos equipamentos de CSP comparativamente à freguesia de Palmela, sendo visível que mais de metade da população inquirida (69,2%) vai ao USF Santiago de Palmela/UCSP Palmela e 30,8% dos inquiridos não utiliza os CSP (Figura 83).

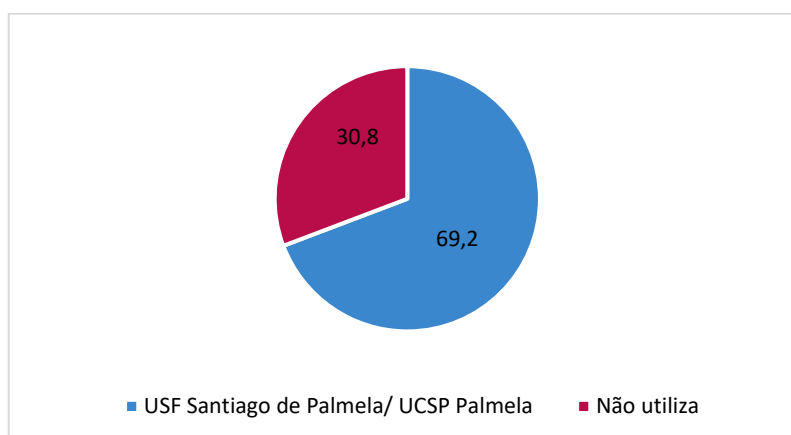


Figura 83 - Equipamentos de CSP mencionados pelos inquiridos na freguesia de Palmela  
Fonte: Inquérito, 2020

Relativamente à utilização das unidades funcionais por parte dos inquiridos de Pinhal Novo, é visível através da figura 84 que quase metade da amostra desloca-se à nova USF Pinhal Saúde, abrangendo 47,1% da população inquirida nessa freguesia, enquanto que o antigo posto de saúde, UCSP Pinhal Novo – Praça Ultramar serve 29,4% da população inquirida. Na freguesia de Pinhal Novo, verificou-se um residente que habita na freguesia alguns anos, mas ainda está alocada à unidade funcional da antiga residência, Évora. Com uma situação semelhante, verifica-se que existia uma residente que está alocada à USF de Santiago de Palmela, mas reside em Pinhal Novo.

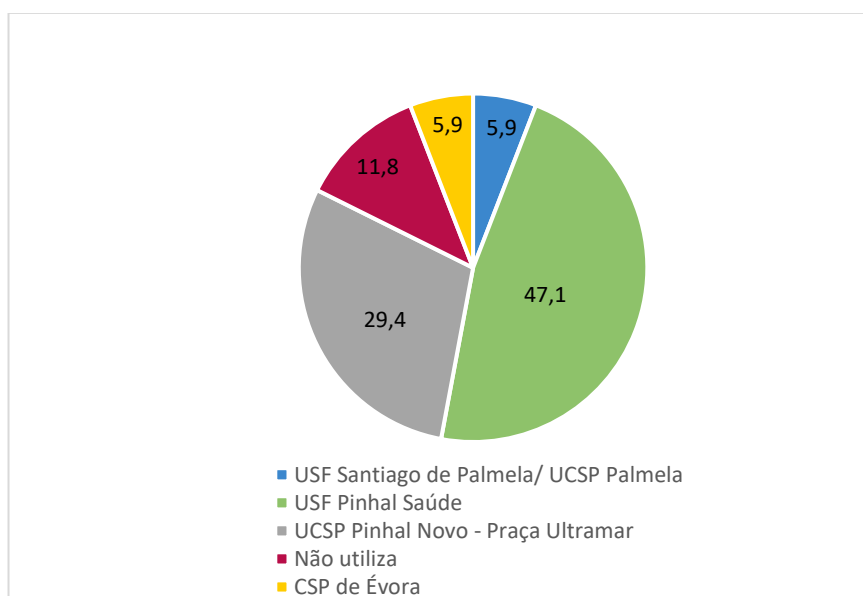


Figura 84 - Equipamentos de CSP mencionados pelos inquiridos na freguesia de Pinhal Novo  
Fonte: Inquérito, 2020

De uma forma geral, metade dos inquiridos do concelho de Palmela desloca-se a pé até aos CSP, no entanto esse modo de deslocação tem maior prevalência na freguesia do Pinhal Novo, pois 52,9% deslocam-se a pé até à unidade funcional da sua freguesia. Contudo, a deslocação de automóvel prevalece sobre o modo pedonal na freguesia de Palmela, onde mais de metade da população opta por se deslocar no seu veículo, de um familiar ou à boleia, tendo uma representatividade de 55,6%.

Devido à localização e ao acentuado declive para aceder à USF de Palmela, o único inquirido residente na freguesia de Palmela que opta pela bicicleta para fazer as suas deslocações do quotidiano utiliza o modo rodoviário para se deslocar à USF. Deste modo, os residentes inquiridos em Palmela optam apenas por dois modos de deslocação, pedonal e rodoviário, enquanto que a freguesia de Pinhal Novo apresenta uma maior diversidade de modos de deslocação, como a utilização da bicicleta (11,8%) e a utilização do transporte público (11,8%), apenas um inquirido utiliza o táxi para se deslocar, pois, está alocado à USF Santiago de Palmela e reside em Pinhal Novo, sendo bem visível que as dinâmicas territoriais e das suas deslocações são bastante diferentes nas duas freguesias de Palmela (Figura 85).

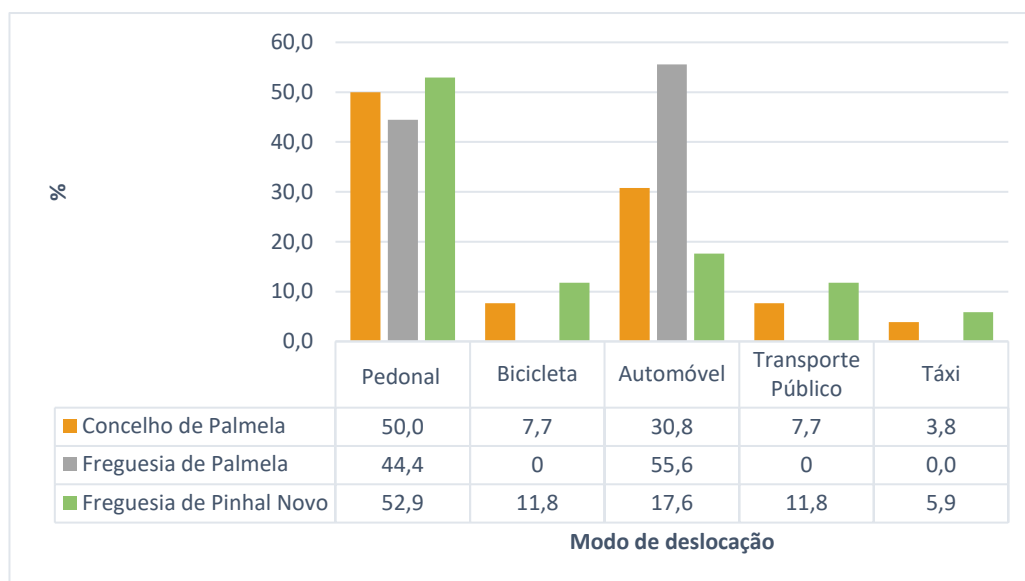


Figura 85 - Modo de deslocação até aos CSP em Palmela  
Fonte: Inquérito, 2020

Para entender as acessibilidades físicas dos idosos aos CSP é necessário perceber qual o tempo de deslocação que os inquiridos demoram a alcançar uma unidade funcional, tendo em conta o seu modo de deslocação, para tal foi necessário cruzar essas duas variáveis. Através do cruzamento do tempo e modo de deslocação é evidente no quadro 49 que quase metade da população que se desloca a pé consegue alcançar uma unidade funcional até 10 minutos a andar, pois 50% da população da freguesia de Palmela refere que demora 10 minutos a pé, enquanto que 46,2% de Pinhal Novo refere que demora 10 minutos, a restante amostra da freguesia de Palmela refere que demora entre 10 a 19 minutos (25%) ou entre 30 minutos a uma hora (25%), enquanto que na freguesia de Pinhal Novo 38,5% respondeu que demora entre 10 a 19 minutos e 15,4% afirmou que demorava entre 30 a uma hora a pé.

Numa análise do concelho, a deslocação com recurso ao automóvel tem uma distribuição uniforme, contudo ao verificar por freguesia é visível que 80% da população da freguesia de Palmela demora até 10 minutos até a USF, e apenas 20% é que demora entre 10 a 19 minutos, já em Pinhal Novo é visível que 62,5% dos inquiridos demora até 10 minutos de automóvel, 25% afirma demorar entre 10 a 19 minutos e 12,5% afirma demorar mais de uma hora, esta última percentagem está relacionada com a questão do o seu CSP está localizado em Évora, deslocando-se de automóvel ou de transporte público. Apenas na freguesia de Pinhal Novo é que o transporte público é adotado como meio de deslocação até aos CSP, assim, 50 % demora mais de uma hora e a outra metade demora até 10 minutos pois utiliza o transporte municipal para alcançar a unidade funcional da freguesia. Com um modo de deslocação diferente, mas com a mesma questão relacionada com a alocação do seu equipamento de CSP, verificou-se que um inquirido que reside em Pinhal Novo desloca-se de táxi até à USF de Palmela localizada na freguesia de Palmela, percorrendo uma distância-tempo de 19 minutos. Relativamente à população que se desloca de bicicleta para atingir um CSP, é visível que metade demora 10 minutos, enquanto que a outra metade demora até 19 minutos.

			Modo de deslocação				
			Pedonal	Bicicleta	Automóvel	Transporte Público	Táxi
Tempo de deslocação	Concelho de Palmela	<10 min	44,4%	50,0%	33,3%	50,0%	0%
		10-19 min	44,4%	50,0%	33,3%	0%	100,0%
		20-29 min	0%	0%	0%	0%	0%
		30-59 min	11,1%	0%	0%	0%	0%
		>60 min	0%	0%	33,3%	50,0%	0%
		Não se aplica	0%	0%	0%	0%	0%
	Freguesia de Palmela	<10 min	50,0%	0%	80,0%	0%	0%
		10-19 min	25,0%	0%	20,0%	0%	0%
		20-29 min	0%	0%	0%	0%	0%
		30-59 min	25,0%	0%	0%	0%	0%
		>60 min	0%	0%	0%	0%	0%
		Não se aplica	0%	0%	0%	0%	0%
	Freguesia de Pinhal Novo	<10 min	46,2%	50,0%	62,5%	50,0%	0%
		10-19 min	38,5%	50,0%	25,0%	0%	100,0%
		20-29 min	0%	0%	0%	0%	0%
		30-59 min	15,4%	0%	0%	0%	0%
		>60 min	0%	0%	12,5%	50,0%	0%
		Não se aplica	0%	0%	0%	0%	0%

Quadro 50 - Tempo de deslocação de acordo com o modo de deslocação até aos CSP

Fonte: Inquérito, 2020

Relativamente à população inquirida que opta pela utilização dos Hospitais ou Clínicas privadas, é notório que o modo de deslocação é bastante diferente, optando pela deslocação de automóvel ou de TP. No entanto apenas Pinhal Novo utiliza o transporte público, isto porque uma grande percentagem da população da freguesia de Palmela afirma que não estão bem servidos de transportes públicos, logo optam pela utilização do automóvel (40%) para as suas deslocações ao hospital, já em Pinhal Novo verifica-se o contrário, 42,9% afirmou que utiliza o automóvel e outros 42,9% dos inquiridos diz utiliza o transporte público.

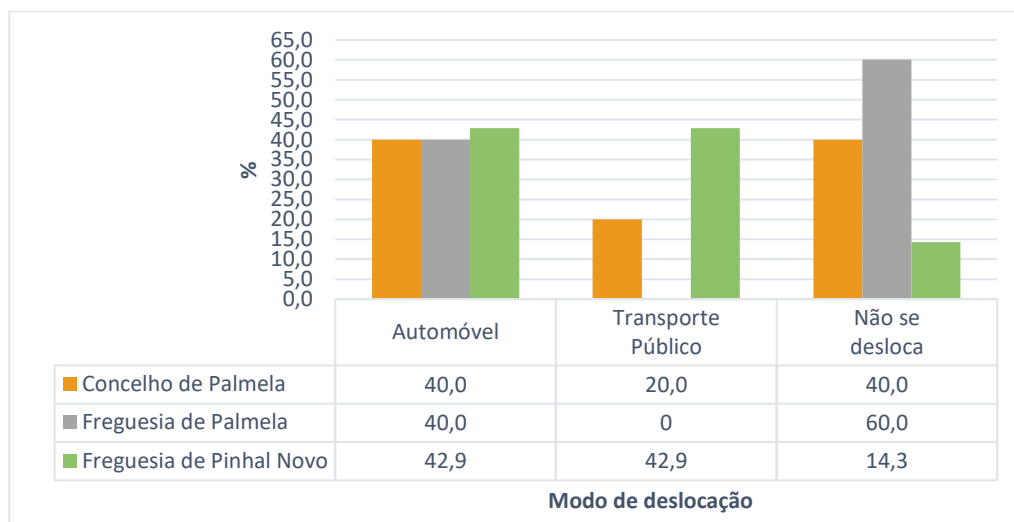


Figura 86 - Modo de deslocação até aos hospitais ou clínicas privadas em Palmela

Fonte: Inquérito, 2020

#### 6.2.4.2. Sintra

Relativamente à freguesia inquirida em Sintra, dos inquiridos 36,7% não utiliza os CSP, 36,7% utiliza o UCSP de Terrugem/USF Terra, e 26,7% utiliza o UCSP de São João das Lampas.

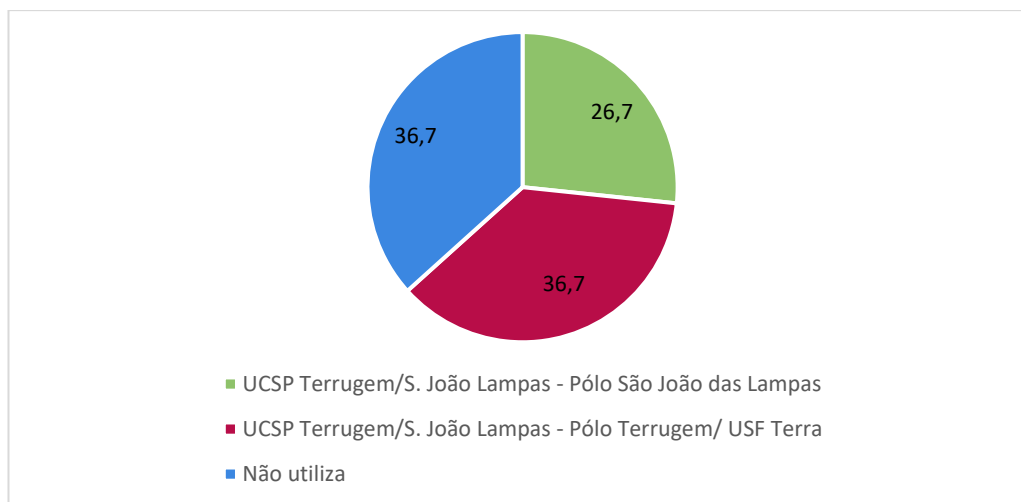


Figura 87 - Equipamentos de CSP mencionados pelos inquiridos no concelho de Sintra  
Fonte: Inquérito, 2020

Relativamente ao modo de deslocação para alcançar os CSP, quase metade da população inquirida opta por deslocar-se de automóvel até à unidade funcional correspondente (47,4%).

O segundo modo de deslocação que amostra de Sintra mais referiu, é o modo pedonal, onde 15,8% da população desloca-se a pé até aos CSP. Tanto o modo de bicicleta como a deslocação em TP, foram referidos como preferenciais em 10,5% cada, e apenas um inquirido, 5,3%, opta pela sua deslocação no motociclo (Figura 88).

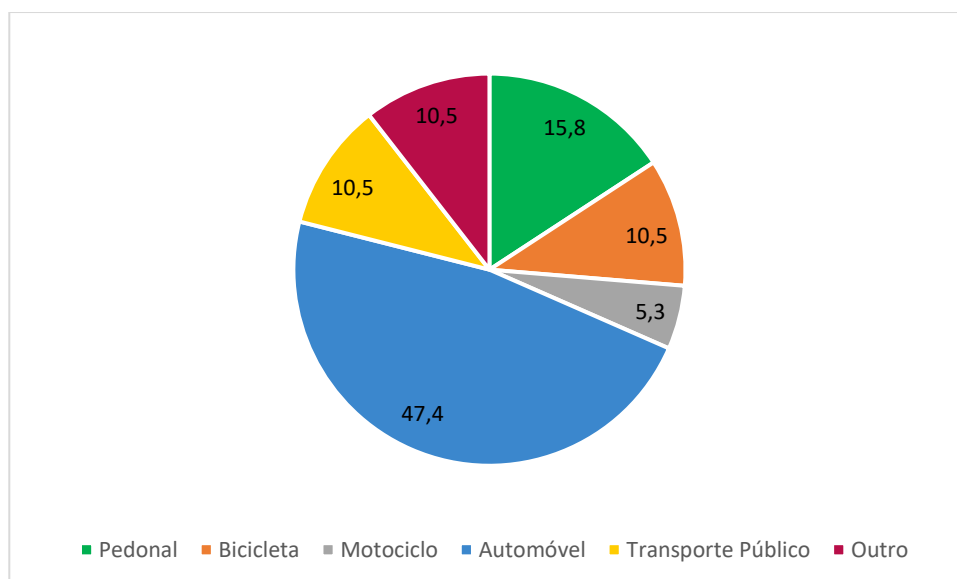


Figura 88 - Modo de deslocação até aos CSP em Sintra  
Fonte: Inquérito, 2020

É visível no quadro 50 que para alcançar um CSP quase todos os modos de deslocação mencionados pela população inquirida percorrem uma distância tempo até 19 minutos, com exceção do transporte público, onde metade da população que utiliza esse modo de deslocação até ao CSP refere que demora entre 10 a 19 minutos, enquanto que a outra metade demora entre 20 a 29 minutos, o mesmo acontece com a população inquirida que se desloca de bicicleta, metade refere que alcança a unidade funcional até 10 minutos, e a outra metade afirma demorar entre 10 a 19 minutos.

O modo pedonal e o modo de automóvel têm uma dinâmica inversa, pois apenas 33,3% da população que vai a pé até à UCSP afirma demorar menos de 10 minutos, e 66,7% afirma demorar entre 10 a 19 minutos, em contrapartida, 66,7% população que se desloca de automóvel afirma demorar menos de 10 minutos e 33,3% afirma demorar entre 10 a 19 minutos.

Modo \ Tempo	Pedonal	Bicicleta	Motociclo	Automóvel	Transporte Público	Outro
<10 min	<b>33,3%</b>	<b>50,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>66,7%</b>	0%	<b>100,0%</b>
10-19 min	<b>66,7%</b>	<b>50,0%</b>	0%	<b>33,3%</b>	<b>50,0%</b>	0%
20-29 min	0%	0%	0%	0%	<b>50,0%</b>	0%
30-59 min	0%	0%	0%	0%	0%	0%
>60 min	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Quadro 51 - Tempo de deslocação de acordo com o modo de deslocação até aos CSP  
Fonte: Inquérito, 2020

Relativamente à população que não utiliza os CSP, mas utiliza outros equipamentos de saúde como os hospitais e clínicas privadas, quase metade da população (45,5%) desloca-se de automóvel para alcançar um serviço de saúde que não os CSP, enquanto que 18,2% da população inquirida desloca-se de táxi, e apenas 9,1% opta pelo transporte público coletivo

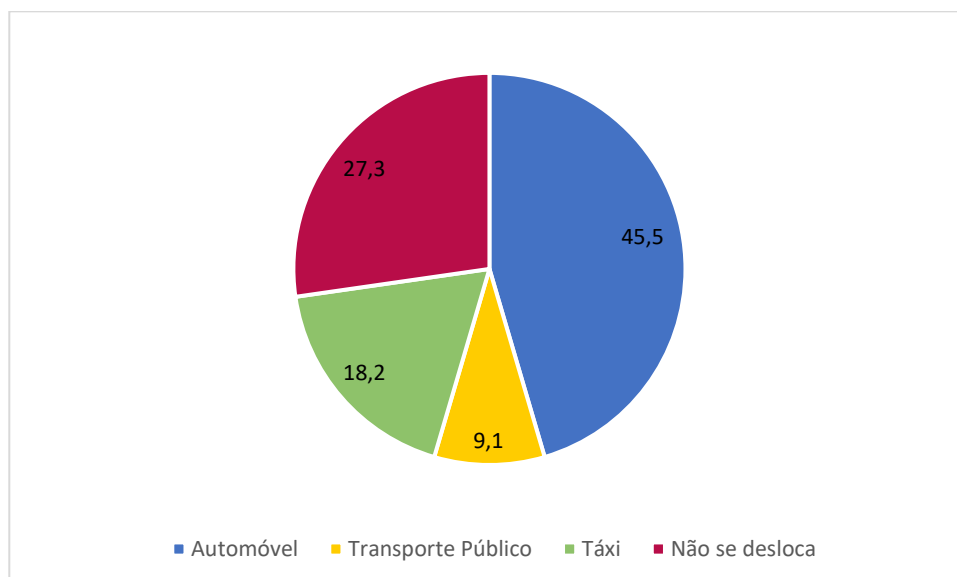


Figura 89 - Modo de deslocação até aos hospitais ou clínicas privadas em Sintra  
Fonte: Inquérito, 2020

### 6.2.4.3. Palmela e Sintra

Relativamente à população de Palmela que se desloca a pé até aos CSP, é visível através do quadro 51 que quase todos os inquiridos não têm dificuldade (53,8%) ou têm baixa dificuldade na sua caminhada (38,5%), e apenas 7,7% tem média dificuldade na sua marcha, enquanto que na análise da freguesia de Sintra é visível que mais de metade (66,7%) dos inquiridos que se desloca a pé apresenta uma média dificuldade e 33,3% não tem dificuldade na sua caminhada. O total dos inquiridos que se desloca de bicicleta em Palmela não apresenta dificuldades na sua caminhada, enquanto que 50% dos inquiridos em Sintra que responderam que utilizavam a bicicleta para as suas deslocações até aos CSP considera ter baixa dificuldade e a outra metade afirma ter média dificuldade na sua marcha.

No que concerne à deslocação em automóvel por parte dos inquiridos em Palmela, destaca-se que mais de metade não apresenta dificuldade na sua caminhada, contudo 25% considerada a sua caminhada com média dificuldade e 12,5% considera que tem elevada dificuldade a caminhar. Relativamente a Sintra, os inquiridos que se deslocam em automóvel apresentam uma maior diversidade de respostas, onde mais de metade da amostra, 55,6% refere que tem baixa dificuldade a caminhar, enquanto que 22,2% considera que tem uma caminhada com média dificuldade e em polos opostos, 11,1% refere que não tem dificuldade e 11,1% diz que tem elevada dificuldade.

Relativamente aos transportes públicos, metade dos inquiridos em Palmela afirma que não tem dificuldade na sua marcha e a outra metade afirma que tem baixa dificuldade, em de Sintra os inquiridos afirmam que não têm dificuldade e a outra metade afirma que tem média dificuldade.

			Modo de deslocação						
			Pedonal	Bicicleta	Automóvel	Transporte Público	Táxi	Outro	Motociclo
Tipo de caminhada	Concelho de Palmela	Sem dificuldade	53,8%	100,0%	62,5%	50,0%	0%	0%	0%
		Com baixa dificuldade	38,5%	0%	0%	50,0%	0%	0%	0%
		Com média dificuldade	7,7%	0%	25,0%	0%	0%	0%	0%
		Com elevada dificuldade	0%	0%	12,5%	0%	100,0%	0%	0%
	Concelho de Sintra	Sem dificuldade	33,3%	0%	11,1%	50,0%	0%	100,0%	0%
		Com baixa dificuldade	0%	50,0%	55,6%	0%	0%	0%	0%
		Com média dificuldade	66,7%	50,0%	22,2%	50,0%	0%	0%	100,0%
		Com elevada dificuldade	0%	0%	11,1%	0%	0%	0%	0%

Quadro 52 - Cruzamento entre o modo de deslocação aos CSP com a dificuldade na caminhada

Fonte: Inquérito, 2020

Relativamente à facilidade de caminhar na sua zona residencial e o modo deslocação adotado para aceder aos CSP, verifica-se que o total dos inquiridos em Sintra que se desloca a pé afirma que é fácil caminhar na sua zona de residência, contudo, em Palmela é visível que 76,9% dos respondentes que deslocam a pé afirmam ser fácil caminhar, e 15,4% que não é fácil caminhar na sua zona.

Relativamente aos inquiridos em Palmela que se deslocam em automóvel é visível que 75% afirma que é fácil caminhar, enquanto que 25% discorda, à semelhança, na amostra de Sintra, 77,8% concorda que é fácil caminhar, mas 22,2% não concorda nem discorda. O total da amostra de Palmela que se desloca de transporte públicos afirma que é fácil caminhar, ao contrário de Sintra, onde apenas metade concorda com a mesma opinião, mas a outra metade não concorda nem discorda (Quadro 52).

			Modo de deslocação						
			Pedonal	Bicicleta	Automóvel	Transporte Público	Táxi	Outro	Motociclo
Facilidade de caminhada	Concelho de Palmela	Concordo	76,9%	100,0%	75,0%	100,0%	0%	0%	0%
		NC ND	7,7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		Discordo	15,4%	0%	25,0%	0%	100,0%	0%	0%
	Concelho de Sintra	Concordo	100,0%	0%	77,8%	50,0%	0%	0%	0%
		NC ND	0%	50,0%	22,2%	50,0%	0%	100,0%	100,0%
		Discordo	0%	50,0%	0%	0%	0%	0%	0%

Quadro 53 - Cruzamento entre a opinião dos inquiridos sobre os TP e qual o modo de deslocação optado  
Fonte: Inquérito, 2020

Relativamente à amostra da população de Palmela que utiliza o passe social é visível que mais de metade, 66,7%, opta por se deslocar a pé aos CSP, enquanto que 16,7% do total dos respondentes que tem passe utiliza a bicicleta como modo de deslocação e os outros 16,7% utiliza o transporte público, em oposição, a população inquirida em Sintra que afirma ter o passe opta pela utilização de dois modos de deslocação até aos CSP, metade utiliza o automóvel e a outra metade utiliza o transporte público. Relativamente à população que não tem passe, verifica-se que os modos mais adotados no total da amostra é o automóvel ,44,4% em Palmela e 20% em Sintra, e o pedonal, referido por 44,4% dos inquiridos em Palmela e 46,7% em Sintra (Quadro 53).



			Passe Social	
			Tem	Não tem
Modo de deslocação	Concelho de Palmela	Pedonal	66,7%	44,4%
		Bicicleta	16,7%	5,6%
		Automóvel	0%	44,4%
		Transporte Público	16,7%	0%
		Táxi	0%	5,6%
		Outro	0%	0%
		Motociclo	0%	0%
	Concelho de Sintra	Pedonal	0%	20,0%
		Bicicleta	0%	13,3%
		Automóvel	50,0%	46,7%
		Transporte Público	50,0%	0%
		Táxi	0%	0%
		Outro	0%	13,3%
		Motociclo	0%	6,7%

Quadro 54 - Aquisição do passe social e qual o modo de deslocação adotado até aos CSP

Fonte: Inquérito, 2020

No que se refere à população inquirida que tem automóvel e conduz verifica-se através do quadro 54 que as dinâmicas entre os dois concelhos são diferentes, pois em Palmela mais de metade da população (54,5%) que tem o automóvel desloca-se a pé até às unidades funcionais e apenas 45,5% da população opta pela utilização do automóvel, enquanto que toda a população inquirida em Sintra que tem automóvel utiliza-o para as suas deslocações até aos CSP. Relativamente aos inquiridos que vivem com alguém que conduz automóvel, verifica-se que 66,7% utiliza-o para as deslocações até ao serviço de saúde nos dois concelhos, e apenas 33,3% dessa amostra que mencionou desloca-se a pé até aos CSP.

			Automóvel			
			Sim e conduz	Não, alguém com quem vive tem automóvel	Não, mas tem bicicleta	Não
Modo de deslocação	Concelho de Palmela	Pedonal	54,5%	33,3%	0%	71,4%
		Bicicleta	0%	0%	66,7%	0%
		Automóvel	45,5%	66,7%	33,3%	0%
		Transporte Público	0%	0%	0%	14,3%
		Táxi	0%	0%	0%	14,3%
		Outro	0%	0%	0%	0%
		Motociclo	0%	0%	0%	0%
	Concelho de Sintra	Pedonal	0%	33,3%	33,3%	12,5%
		Bicicleta	0%	0%	0%	25,0%
		Automóvel	100,0%	66,7%	33,3%	12,5%
		Transporte Público	0%	0%	0%	25,0%
		Táxi	0%	0%	0%	0%
		Outro	0%	0%	0%	25,0%
		Motociclo	0%	0%	33,3%	0%

Quadro 55 - Aquisição de automóvel e qual o modo de deslocação adotado até aos CSP

Fonte: Inquérito, 2020

## 7. Conclusões

Com a realização da presente dissertação foi possível alcançar os objetivos propostos. Através do estudo desenvolvido e da análise e recolha de dados estatísticos com recurso a inquéritos, foi possível determinar a caracterização da população residente na área de estudo, com enfoque na caracterização da população idosa com mais de 65 anos que reside no concelho de Sintra e Palmela. Concebendo uma caracterização socioeconómica, geográfica e do estado de saúde, que evidenciou uma forte incidência de edificado horizontal nas áreas de urbanização dispersa, com população mais envelhecida nessas áreas. Este primeiro objetivo surge da premissa de que “A análise da acessibilidade parte da observação de duas faces da mesma moeda: de um lado a oferta e, de outro, as características da população – a procura” (Remoaldo, 2008).

A população idosa inquirida, tanto em Palmela como Sintra, descrevem o seu estado de saúde como razoável ou bom, referindo que a grande maioria não tem dificuldade ou tem baixa dificuldade ao caminhar, contudo, a proporção de população que não tem dificuldade na sua marcha é maior em Palmela comparativamente à amostra de Sintra, facto que não é estranho devido à população inquirida em Palmela ser mais jovem comparativamente a Sintra. Após a caracterização do perfil da população nas áreas de estudo foi tomado em consideração dois tipos de velocidade em relação à deslocação pedonal, uma velocidade mais rápida para a população que não tem dificuldade ou tem média dificuldade na sua caminhada, e uma velocidade mais reduzida para a população que tem média ou elevada dificuldade na sua marcha. A opção pela utilização do veículo próprio nas áreas em estudo é concordante com a opinião de que não existe uma oferta de transporte públicos suficiente, frisando que não estarem bem servidos deste tipo de transporte. Através desta análise, é possível destacar que as áreas inseridas na quarta coroa correspondem a áreas carenciadas em termos de TP para aceder aos cuidados de saúde, contudo, através da modelação da rede, verifica-se que até meia hora de transporte coletivo no concelho de Sintra apresenta um potencial de cobertura de 98,3% por parte da população que não tem dificuldade na sua caminhada e 94,6% pela população com uma elevada dificuldade, já o concelho de Palmela na mesma análise apresenta uma quebra de quase metade entre a população sem dificuldade ou com média ou elevada dificuldade, tendo um potencial de 83,1% e de 48%, receptivamente. No entanto, na modelação dos tempos de deslocação não foram tidos em atenção as frequências dos serviços, constituindo essa uma tarefa necessária a ser realizada em futuros trabalhos.

Para o desenvolvimento e concretização do segundo e terceiro objetivo da dissertação foi necessário suportar o seu desenvolvimento em duas grandes perspetivas de acessibilidades aos cuidados de saúde. A primeira perspetiva surge de um estudo realizado por Penchansky e Thomas (1981), citado por Palma, Marques da Costa e Marques da Costa (2017), onde referem que a acessibilidade corresponde à dimensão do conceito de acesso, concebida através do cálculo distância-tempo do qual o utente depende para chegar a um equipamento de cuidados de saúde, e entender se estes serviços estão localizados junto aos utilizadores. A segunda perspetiva foca-se no conceito de acessibilidade revelada (Joseph e Phillips, 1984), representando o uso real dos serviços de saúde. Posto isto, a dissertação teve como objetivo estudar as acessibilidades com base no cálculo distância-tempo, e perceber se existe uma forte quebra entre o uso real e o uso potencial, tendo em consideração as limitações das áreas de influência impostas pelo SNS.

Através da aplicação da análise de rede, verifica-se que as deslocações em veículos motorizados apresentam uma maior variação entre a cobertura potencial e o uso real dos equipamentos CSP, sendo o caso no perfil de automóvel ou no perfil da população que não tem dificuldades na sua locomoção e que se desloca de TP, isto porque um veículo motorizado consegue alcançar uma maior distância no mesmo tempo quando comparados com os modos suaves. Em Palmela, a deslocação em automóvel é o perfil que apresenta maior variação entre o potencial de cobertura e a população abrangida pelas delimitações, com uma variação até 35,6% na análise às USF e 10,5% na análise às UCSP, esta variação está relacionada com a dispersão no território, o segundo perfil com maior variação é a deslocação de TP pela população idosa sem dificuldade, 10%, já a população que tem elevada dificuldade na sua marcha e utiliza o TP como apoio às suas deslocações até aos CSP, verifica-se uma baixa variação, isto porque também não apresenta grande alcance pois um indivíduo com algumas limitações na sua locomoção demora mais tempo alcançar uma paragem de autocarro ou estação de comboio, e de acordo com Newman e Kenworthy (2006) um indivíduo não está disposto a andar mais de 10 minutos até alcançar esse ponto de conectividade com um transporte público coletivo. Em Sintra a deslocação por automóvel também é o perfil que apresenta maior variação, tendo uma variação até 33,6%, enquanto que a deslocação de transporte público apresenta uma variação até 26,7% da população sem dificuldade na caminhada, e uma variação até 29,8% da população com dificuldade na marcha. Relativamente aos modos suaves, é expectável que apresentem um baixo alcance pois têm uma velocidade reduzida, resultando numa baixa variação entre a população potencial e a população realmente abrangida, onde em Palmela a variação é muito baixa (3%) da população que se desloca sem dificuldade, mas em Sintra existe uma variação mais elevada (10%) na análise às USF e 8% de variação no uso das UCSP. No que se relaciona a outro modo suave, a bicicleta, é visível que em ambos os concelhos a variação é igual (7%) entre a rede global de CSP potencial e o uso real desses mesmos serviços. Para analisar as acessibilidades físicas aos equipamentos de CSP foi fulcral ter em consideração os dois tipos de caminhada da população idosa, pois, em Palmela se forem considerados os idosos que tem uma marcha mais lenta perde-se quase metade da população que realmente consegue alcançar uma USF até 30 minutos em comparação com um idoso sem dificuldade na sua caminhada.

Após a realização da análise de acessibilidade, verifica-se que Sintra apresenta um potencial e uma prestação real a mais de metade da população idosa que reside até 30 minutos dos equipamentos de CSP, referindo essa realidade a quase todos os perfis descritos, com exceção do perfil pedonal onde a população apresenta média ou elevada dificuldade a caminhar, enquanto que em Palmela, para além do perfil pedonal com alguma dificuldade na sua locomoção, também o perfil de transporte público utilizado pela população que tem dificuldade a caminhar não apresentam valores a mais de metade da população idosa que reside a mais de 30 minutos e que apresente tanto o potencial e a real prestação de serviços de CSP.

Através do presente estudo foi possível responder às duas questões de partida inicialmente colocadas. A primeira questão de partida surge da premissa de que “todas as pessoas têm direito: A escolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes” (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, Base 2, alínea 1. c). Apesar da divulgação da Base 2 continua a subsistir a organização das áreas de influência impostas pelo SNS, assim, o estudo demonstrou a necessidade de reajuste das áreas de influência definidas pelo SNS. Tendo em conta as áreas de urbanização dispersa, como as representadas neste

estudo, será necessário a criação de novos limites das áreas de influência, de forma tornar a acessibilidade melhor aos serviços prestados pelos CSP, abrangendo um maior número de população, tornando-se mais rápido acesso e com maior conforto para a população.

A segunda questão de partida está suportada pela premissa “a fragmentação e a dispersão dos espaços de habitação e de emprego fomenta o uso do automóvel em detrimento dos transportes públicos e dos modos suaves de deslocação, conduzindo à criação de desigualdades, designadamente no grupo dos idosos. As barreiras à aquisição de serviços de saúde agravam-se quando aumentam as distâncias para aceder aos equipamentos de saúde, complementadas por deficientes condições de utilização de transportes públicos” (Ribeiro *et al.*, 2015). Relativamente à segunda questão de partida é possível concluir através do presente estudo, que as áreas com urbanização dispersa situadas junto à linha férrea apresentam melhor qualidade de serviço por parte dos TP em comparação com a população residente em áreas com urbanização dispersa sem o serviço ferroviário, concluindo que a oferta de transportes públicos nas áreas periféricas, nomeadamente as freguesias da quarta coroa, não corresponde às necessidades de deslocações até aos CSP. Deste modo através dos inquéritos realizados é possível concluir que a rede de transportes públicos coletivos apresenta uma melhor resposta nas freguesias correspondentes à terceira coroa, sendo também as freguesias onde existe uma população mais jovem, deixando a população idosa que residente nas freguesias da quarta coroa com fraca rede de transportes e necessidade de utilizar o automóvel para alcançar os equipamentos de CSP. Estes resultados vêm ao encontro do estudo desenvolvido por Marques da Costa *et al.*, (2020) onde refere que existe uma maior utilização do automóvel para aceder aos serviços de CSP por parte dos residentes da quarta coroa da AML, correspondendo a uma área de menor densidade populacional e com um tecido urbano mais fragmentado.

Tal como referido anteriormente, após a análise das acessibilidades aos CSP verificou-se a necessidade de reajustar as áreas de influência de forma a colmatar as necessidades verificadas. Tendo em consideração os custos adicionais da implementação de novos equipamentos de CSP, apenas é apresentado propostas de futuras novas áreas de influência mais ajustadas às características demográficas e ao uso potencial destes equipamentos descritos no capítulo de resultados, não desfazendo as áreas de influência já impostas pelo SNS. As novas áreas de influências referidas no quadro 55 até ao quadro 58 tiveram em consideração a compilação dos diferentes modos de deslocação e a população abrangida por esses mesmos perfis de deslocação.

### **Proposta 1 – Novas áreas de influência das UCSP situadas no concelho de Sintra**

UCSP	Área de Influência administrativa pela ACES	Proposta de novas áreas de influência
UCSP Algueirão	Algueirão-Mem Martins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algueirão-Mem Martins;</li> <li>• UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim);</li> <li>• Rio de Mouro;</li> <li>• Colares.</li> </ul>
UCSP Rio de Mouro	Rio de Mouro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rio de Mouro;</li> <li>• Algueirão-Mem Martins;</li> <li>• UF de Belas Queluz;</li> <li>• UF de Agualva e Mira-Sintra;</li> <li>• UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim);</li> <li>• UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar Almargem do Bispo.</li> </ul>
UCSP Casal de Cambra	Casal de Cambra	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casal de Cambra;</li> <li>• UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar Almargem do Bispo;</li> <li>• UF de Queluz e Belas.</li> </ul>
UCSP Agualva	UF de Agualva e Mira-Sintra	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de Agualva e Mira-Sintra;</li> <li>• UF de Queluz e Belas;</li> <li>• Algueirão-Mem Martins;</li> <li>• UF de Massamá e Monte Abraão.</li> </ul>
UCSP Almargem do Bispo	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar Almargem do Bispo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar Almargem do Bispo;</li> <li>• UF de Queluz e Belas.</li> </ul>
UCSP Olival	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de Agualva e Mira-Sintra;</li> <li>• UF de Cacém e São Marcos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de Agualva e Mira-Sintra;</li> <li>• UF de Cacém e São Marcos;</li> <li>• Rio de Mouro;</li> <li>• UF de Massamá e Monte Abraão;</li> <li>• UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim).</li> </ul>
UCSP Belas	UF de Queluz e Belas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de Queluz e Belas;</li> <li>• UF de Massamá e Monte Abraão;</li> <li>• UF de Agualva e Mira-Sintra.</li> </ul>
UCSP Queluz	UF de Queluz e Belas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de Queluz e Belas;</li> <li>• UF de Massamá e Monte Abraão;</li> <li>• UF de Cacém e São Marcos.</li> </ul>
UCSP S. João Lampas	UF de São João das Lampas e Terrugem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de São João das Lampas e Terrugem;</li> <li>• Colares;</li> <li>• UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim).</li> </ul>
UCSP Terrugem	UF de São João das Lampas e Terrugem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de São João das Lampas e Terrugem;</li> <li>• Algueirão-Mem Martins;</li> <li>• UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim);</li> <li>• UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar Almargem do Bispo.</li> </ul>

Quadro 56 - Proposta de novas áreas de influência das UCSP situadas no concelho de Sintra

Fonte: Elaboração própria

É necessário salientar que a UCSP Belas está localizada na UF de Massamá e Monte Abraão, mas a área de influência desse equipamento é a UF de Queluz e Belas, ou seja, a população que está próxima do equipamento não pode usufruir os serviços prestado pelo mesmo ou por outra UCSP.

**Proposta 2 – Novas áreas de influência das USF situadas no concelho de Sintra**

USF	Área de Influência administrativa pela ACES	Proposta de novas áreas de influência
USF Albasaúde	Rio de Mouro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rio de Mouro;</li> <li>• UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim);</li> <li>• Algueirão-Mem Martins.</li> </ul>
USF Alphamouro e USF Rio de Mouro	Rio de Mouro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rio de Mouro;</li> <li>• Algueirão-Mem Martins.</li> </ul>
USF Cynthia	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim);</li> <li>• Algueirão-Mem Martins.</li> </ul>
USF D. Maria I e USF Queluz	UF de Queluz e Belas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de Queluz e Belas;</li> <li>• UF de Massamá e Monte Abraão.</li> </ul>
USF de Colares	Colares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colares;</li> <li>• UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim);</li> <li>• UF de São João das Lampas e Terrugem.</li> </ul>
USF Flor de Lótus	UF de Cacém e São Marcos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de Cacém e São Marcos;</li> <li>• UF Agualva e Mira-Sintra;</li> <li>• Rio de Mouro.</li> </ul>
USF Lapiás	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar;</li> <li>• UF de São João das Lampas e Terrugem.</li> </ul>
USF Mactamã e USF Mãe de Água	UF de Massamá e Monte Abraão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de Massamá e Monte Abraão;</li> <li>• UF Agualva e Mira-Sintra;</li> <li>• UF de Queluz e Belas.</li> </ul>
USF Mira-Sintra	UF Agualva e Mira-Sintra	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF Agualva e Mira-Sintra;</li> <li>• Rio de Mouro;</li> <li>• UF de Queluz e Belas;</li> <li>• Algueirão-Mem Martins;</li> <li>• UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar.</li> </ul>
USF Monte da Lua	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim);</li> <li>• UF de São João das Lampas e Terrugem.</li> </ul>
USF Monte da Luz	UF de Massamá e Monte Abraão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de Massamá e Monte Abraão;</li> <li>• UF de Queluz e Belas;</li> <li>• UF Agualva e Mira-Sintra;</li> <li>• Casal de Cambra;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar.</li> </ul>
USF Natividade	Algueirão-Mem Martins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algueirão-Mem Martins;</li> <li>• Rio de Mouro.</li> </ul>
USF São Marcos	UF de Cacém e São Marcos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de Cacém e São Marcos;</li> <li>• UF de Massamá e Monte Abraão.</li> </ul>
USF Tapada	Algueirão-Mem Martins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algueirão-Mem Martins;</li> <li>• Rio de Mouro.</li> </ul>
USF Terra	UF de São João das Lamas e Terrugem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de São João das Lamas e Terrugem;</li> <li>• UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim).</li> </ul>

Quadro 57 - Proposta de novas áreas de influência das USF situadas no concelho de Sintra

Fonte: Elaboração própria

Destaca-se que três das freguesias mais populosas do concelho de Sintra estão sobre servidas por duas USF localizadas no mesmo edifício e que têm a mesma área de influência. A UF de Queluz e Belas, a segunda freguesia com mais habitantes, apresenta a USF D. Maria I localizada no mesmo edifício que a USF Queluz. A UF de Massamá e Monte Abraão também apresenta duas USF na mesma localização, a USF Mactamá e USF Mãe de Água. A quarta freguesia mais populosa, Rio de Mouro, apresenta a USF Alphamouro e USF Rio de Mouro no mesmo edifício localizadas a norte da freguesia e a Sudoeste está localizada a USF Albasaúde.

### Proposta 3 – Novas áreas de influência das UCSP situadas no concelho de Palmela

UCSP	Área de Influência administrativa pela ACES	Proposta de novas áreas de influência
UCSP Quinta do Anjo	Quinta do Anjo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quinta do Anjo;</li> <li>• Palmela.</li> </ul>
UCSP Olhos de Água	Quinta do Anjo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quinta do Anjo;</li> <li>• Pinhal Novo;</li> <li>• Palmela.</li> </ul>
UCSP Bairro Marinheiros	Quinta do Anjo	Quinta do Anjo
UCSP Poceirão	UF de Poceirão e Marateca	UF de Poceirão e Marateca
UCSP Águas de Moura	UF de Poceirão e Marateca	UF de Poceirão e Marateca
UCSP Brejos do Assa	Palmela	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UF de Poceirão e Marateca;</li> <li>• Palmela;</li> <li>• Pinhal Novo.</li> </ul>
UCSP Palmela	Todas as freguesias do concelho	Todas as freguesias do concelho
UCSP Venda do Alcaide	Pinhal Novo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pinhal Novo;</li> <li>• Palmela.</li> </ul>
UCSP Pinhal Novo - Praça Ultramar	Pinhal Novo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pinhal Novo;</li> <li>• Palmela.</li> </ul>

Quadro 58 - Proposta de novas áreas de influência das UCSP situadas no concelho de Palmela

Fonte: Elaboração própria

É necessário frisar que a UCSP Palmela apenas permanece com a mesma área de influência pois é a única unidade que pratica o atendimento complementar neste concelho, limitando o seu reajuste. Contudo, se fosse tomado em consideração apenas as acessibilidades não seria necessário ter uma área de influência tão vasta podendo os recursos humanos existentes naquela área serem reajustados.

**Proposta 4 – Novas áreas de influência das USF situadas no concelho de Palmela**

USF	Área de Influência administrativa pela ACES	Proposta de novas áreas de influência
USF Pinhal Saúde	Pinhal Novo	Todas as freguesias do concelho
USF Santiago de Palmela	Palmela	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palmela;</li> <li>• Quinta do Anjo;</li> <li>• UF poceirão e Marateca.</li> </ul>

Quadro 59 - Proposta de novas áreas de influência das USF situadas no concelho de Palmela

Fonte: Elaboração própria

Relativamente às limitações e dificuldades encontradas ao longo do trabalho para a realização do estudo destaca-se a dificuldade ao acesso da informação referente alguns dados relativos aos equipamentos de CSP, não disponível no site oficial do SNS. O desenvolvimento da dissertação em período de pandemia COVID-19, surge como entrave e limitação para a realização da amostra por conveniência. Enfatizando que o perfil de população bastante restrito e residente de uma área de urbanização dispersa originou uma fraca adesão por parte dos residentes destas áreas, limitando a homogeneidade da dimensão da amostra recolhida nos dois concelhos.

Em suma, através do presente estudo foi possível concluir todos os objetivos inicialmente propostos, frisando a necessidade de aprofundamento desta temática com outras metodologias, aplicação de dados mais recentes, como é o caso dos dados futuros dos censos 2021. Para o aprofundamento desta temática pode ser também uma mais valia a realização de estudos futuros com incidência outras áreas com as mesmas características para averiguar se têm as mesmas necessidades de intervenção.





## Referências Bibliográficas

- Aday, L., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, 9(3), 208. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>
- Albrecht, C., Rosa, R., & Bordin, R. (2017). O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saúde e Sociedade*, V (26), 115-128.
- ARSLVT. (2014). Planeamento do ACES de Sintra. Núcleo de Estudos e Planeamento. Disponível em: [https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/3046/06\\_-\\_ACES\\_Sintra\\_vNET.pdf](https://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/3046/06_-_ACES_Sintra_vNET.pdf)
- Blackwood, R., & Bindra, R. (2009). *Approaches to the assessment of health care needs, utilisation and outcomes, and the evaluation of health and health care*. Disponível em: <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1c-health-care-evaluation-health-care-assessment/equity-health-care>
- Botelho, H. (2016, abril 26). Reforma dos CSP exige redimensionar centros de saúde. *Jornal Médico*. Disponível em: <https://jornalmedico.pt/mundo/32159-reforma-de-cuidados-primarios-exige-redimensionar-centros-de-saude.html>
- Braveman P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, V (57), 254-258.
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*, Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cardoso, L., & Matos, R. (2007). Acessibilidade urbana e exclusão social: novas relações, velhos desafios. X Simpósio Nacional de Geografia Urbana, Florianópolis. Disponível em: <http://redpgv.coppe.ufrj.br/index.php/pt-BR/producao-da-rede/artigos-cientificos/2007-1/304-acessibilidade-e-exclusao-simpurb2007/file>
- CCDR-LVT. (2002). Plano Regional de Ordenamento do Território da Área Metropolitana de Lisboa. Lisboa: CCDR-LVT.
- Conselho Internacional dos Enfermeiros (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Dia internacional do Enfermeiro. Genebra: ICN (p. 36)
- Constitucional, X. G. (2009). Programa do XVII governo constitucional. *Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros*.
- Constitucional, X. G. (2011). Programa do XVIII governo constitucional. *Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros*.
- Constitucional, X. G. (2019). Programa do XXII governo constitucional. *Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros*.
- DGS. (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
- DGS. (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Disponível em: [http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012\\_2016\\_verseauresumo\\_maio20133.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_verseauresumo_maio20133.pdf)

ERS. (2009). Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS. Entidade Reguladora da Saúde. Porto. Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/86/ERS - Estudo do Acesso aos Cuidados de Saude Primarios - Relatorio.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/86/ERS - Estudo do Acesso aos Cuidados de Saude Primarios - Relatorio.pdf)

ERS. (2016) Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Entidade Reguladora da Saúde. Porto. Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1793/ERS - Estudo USF e UCSP - final v.2 .pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1793/ERS - Estudo USF e UCSP - final v.2 .pdf)

Evans, D., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). *Universal health coverage and universal access. Bulletin of the World Health Organization*. 91(8): 546-546A. doi: 10.2471/BLT.13.125450

Falcão, S. (2011). Autonomia e movimento do corpo idoso: estudo de caso. Dissertação apresentada na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, para obtenção do grau de mestre em Reabilitação Psicomotora

Firmino-Machado, J., Magalhães, I., Rodrigues, J., Ramos, V., Baptista, S., & Vilas-Boas, B. (2017). Governação de Saúde e Gestão de Proximidade: a Necessidade de Autonomia de Gestão nos Agrupamentos de Centros de Saúde. *Acta Med Port* 2017 Jun;30(6):431-433. doi:10.20344/amp.8274

Franco, P. (2017). As práticas de atividade física no quotidiano das famílias: caminhos para uma cidade saudável. Dissertação de Mestrado em Gestão do Território e Urbanismo, Especialidade em Ordenamento do Território e Urbanismo. Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/30285>

Freitas, C. (2018). Acessibilidade aos Serviços de Cuidados Primários: diagnóstico de situação no Baixo Alentejo. Dissertação de Mestrado em Sistemas de Informação Geográfica e Modelação Territorial Aplicados ao Ordenamento. Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/36234>

George, F. (2011). Sobre determinantes da saúde. Direção Geral da Saúde. Lisboa. Set 2011. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude.aspx>

Grava, S. (2003). *Urban transportation systems: Choices for communities*. Nova Iorque: McGraw-Hill

Hansen, W. (1959). *How accessibility shapes land use. Journal of the American Institute of planners*, 25(2), 73-76. Doi: 10.1080/01944365908978307

Hespanhol, A. (2004). Assegurar qualidade em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20(2), 264-8. doi: 10.32385/rpmgf.v20i2.10027

Horner, M., Duncan, M., Wood, B., Valdez-Torres, Y., & Stansbury, C. (2015). *Do aging populations have differential accessibility to activities? Analyzing the spatial structure of social, professional, and business opportunities*. *Travel Behaviour & Society*, V (2), 182 - 191.

Jones, S. (1981). *Accessibility measures: A literature review*. Crowthorne, Berkshire: Transport and Road Research Laboratory.

Joseph, A., & Phillips, D. (1984). *Accessibility and utilization: geographical perspectives on health care delivery*. London: Harper & Row.

Kanuganti, S., Sarkar, A., & Singh, A. (2016). *Evaluation of access to health care in rural areas using enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method*. *Journal of transport geography*, V (56), 45-52. Doi: 10.1016/j.jtrangeo.2016.08.011

- Khan, A. (1992). *An integrated approach to measuring potential spatial access to health care services. Socio-economic planning sciences*, 26(4), 275-287. doi: 10.1016/0038-0121(92)90004-O
- Louro, A. (2019). Contributos da Gestão e Planeamento da Mobilidade Urbana para a Construção de Cidades Saudáveis. Dissertação de Doutoramento em Geografia, especialidade de Planeamento Regional e Urbano. Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/37474>
- Luo, W., & Qi, Y. (2009). *An enhanced two-step floating catchment area (E2SFCA) method for measuring spatial accessibility to primary care physicians. Health & place*, 15(4), 1100-1107. Doi: 10.1016/j.healthplace.2009.06.002
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). *WHO European review of social determinants of health and the health divide. The lancet*, 380(9846), 1011-1029.
- Marques da Costa, N. (2007). Mobilidade e Transporte em Áreas Urbanas. O caso da Área Metropolitana de Lisboa. Dissertação de doutoramento, especialidade em Geografia Humana. Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/556>
- Marques da Costa, E., Marques da Costa, N., Louro, A., & Barata, M. (2020). “Geografias” do acesso dos idosos aos cuidados de saúde primários na Área Metropolitana de Lisboa, Portugal: um território de diferenças. [“Geographies” of primary healthcare access for older adults in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal: a territory of differences]. *Saúde e Sociedade*, V (29). doi: 10.1590/s0104-12902020200108
- Mendes, F., Gemito, M., Caldeira, E., Serra, I., & Novas., M. (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes [Continuity of care from the perspective of users]. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, V (22), 841-853. Doi: 10.1590/1413-81232017223.26292015
- Ministério da Saúde. (2006). Glossário para as Unidades de Saúde Familiar. Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 1–47.
- Ministério da Saúde. (2010). Reforma dos Cuidados de Saúde Primários Proposta da Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Circular Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-Estrat%C3%91gico-2010-2011-MCSP.pdf>
- Ministério da Saúde. (2018). Retrato da Saúde. Portugal
- Ministério da Saúde. (2019). Relatório final da Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde – Área dos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/10/CNCSP-Relat%C3%B3rio-Final-2019.pdf>
- Morris, J., Dumble, P., & Wigan, M. (1979). *Accessibility indicators for transport planning. Transportation Research Part A: General*, 13(2), 91-109. Doi: 10.1016/0191-2607(79)90012-8
- Newman, P., & Kenworthy, J. (2006). *Urban design to reduce automobile dependence. Opolis*, 2(1). Disponível em: <https://escholarship.org/uc/item/2b76f089>
- OMS. (1978). Declaração de Alma-Ata. Primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS.
- OMS. (1986). Carta de Ottawa. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa.

- OMS. (2008). Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>
- OMS. (2012). *Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012*. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: [https://www.who.int/ageing/publications/whd2012\\_global\\_brief/en/](https://www.who.int/ageing/publications/whd2012_global_brief/en/)
- OMS. (2017). *Age-friendly environments in Europe: a handbook of domains for policy action*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334251>
- OMS. (2018). *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century*. Organização Mundial da Saúde, 64. Disponível em: [http://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf?sfvrsn=c3119034\\_2](http://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf?sfvrsn=c3119034_2)
- Palma, P., Marques da Costa, E., & Marques da Costa, N. (2017). Disparidades Regionais no acesso aos serviços de saúde em territórios de baixa densidade: os casos de Alentejo (Portugal) e Navarra (Espanha). *Construindo Cidades Saudáveis Utopias e Práticas*. Assis Editora, Brasil. 453-487
- Pinto, A. (2006). Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriatrics (Edição Portuguesa)*, 2(11), 74-86.
- Raimundo, T. (2018). Iniquidade no acesso aos serviços de saúde: o caso de Rio de Mouro. Dissertação de Mestrado em Gestão do Território e Urbanismo, Especialidade em Ordenamento do Território e Urbanismo. Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/36586>
- Randal, E., Keall, M., Shaw, C., & Woodward, A. (2019). *Health Equity, Distributive Justice and the Transport System*. *Journal of Transport & Health*, V (14). Doi: [10.1016/j.jth.2019.100735](https://doi.org/10.1016/j.jth.2019.100735)
- Santana, P. (2010). Os ganhos em Saúde e no acesso aos serviços de Saúde: avaliação das últimas três décadas. Trinta anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado, 57-69. Edição Gulbenkian. Disponível em: [https://www.uc.pt/noticias/06\\_NL\\_2010/geo](https://www.uc.pt/noticias/06_NL_2010/geo)
- Remoaldo, P. (2003). Acessibilidade aos cuidados primários de saúde dos concelhos de Guimarães e de Cabeceiras de Basto. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19(2), 107-19. Doi: [10.32385/rpmgf.v19i2.9918](https://doi.org/10.32385/rpmgf.v19i2.9918)
- Remoaldo, P. (2008). Acessibilidade física, funcional e económica aos cuidados de saúde. Secção de Geografia. Associação Portuguesa de Geógrafos. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/17007>
- Ribeiro, V., Remoaldo, P., Gutiérrez, J & Ribeiro, J. (2015). Acessibilidade e SIG no planeamento em saúde: uma abordagem baseada em modelos de alocação-localização. [Accessibility and GIS on health planning. An approach based on location-allocation models]. *Revista Portuguesa de Estudos Regionais*, V (38), 3-18. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/35053>
- Rosa, M. (2012). O envelhecimento da sociedade portuguesa. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rueda, S., Artazcoz, L., & Navarro, V. (2008). *Health inequalities among the elderly in western Europe*. *J Epidemiol Community Health*. Jun; 62(6): 492-8. doi: [10.1136/jech.2006.059279](https://doi.org/10.1136/jech.2006.059279). PMID: 18477747.
- Serviço Nacional de Saúde. (2015). Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS.

- Serviço Nacional de Saúde. (2017). SNS + proximidade. Mudança centrada nas pessoas.
- Serviço Nacional de Saúde. (2018). Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde. 1–27.
- Silva, A., Batista, R., Guerra, R., & Siqueira, G. (2012). Fisioterapia em relação à marcha e ao equilíbrio em idosos. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 24(3), 207-213. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2073/0>
- Silva, T. (2017). Avaliação da cultura de segurança em cuidados de saúde primários: obstáculos e estratégias de melhoria da adesão. Dissertação de mestrado, especialidade em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Portugal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/21615>
- Sousa, P. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e *desafios* [*Health care system in Portugal: Accomplishments and Challenges*]. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(SPE), 884-894.
- Sousa, P. (2010). Efeito Estruturante das Redes de Transporte no Território - Modelo de Análise. Dissertação de doutoramento, especialidade em Geografia (Planeamento Regional e Urbano). Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/2418>
- Tomé, L., Ribeiro, F., & Mendes, M. (2014). " Ageing alone? The future of the Portuguese Population in discussion?", Session in Demographic Projections, Eurostat -UNECE-ISTAT. Rome, Italy. Disponível em: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/20722>
- Unal, E., Chen, S., & Waldorf, B. (2007). Spatial accessibility of health care in Indiana (No. 1240-2016-101682).
- Vale, D. (2016). A cidade e a bicicleta: uma leitura analítica. [The city and the bicycle: an analytical Reading]. *Finisterra – Revista Portuguesa de Geografia*, V (51), 45-66. doi: [10.18055/Finis7077](https://doi.org/10.18055/Finis7077)
- Wallace, E., Salisbury, C., Guthrie, B., Lewis, C., Fahey, T., & Smith, S. (2015). *Managing patients with multimorbidity in primary care*. *Bmj*, 350. Doi: [10.1136/bmj.h176](https://doi.org/10.1136/bmj.h176)
- Wee, B., & Geurs, K. (2011). *Discussing equity and social exclusion in accessibility evaluations*. *European journal of transport and infrastructure research*, 11(4), 350-367. doi: [10.18757/ejtir.2011.11.4.2940](https://doi.org/10.18757/ejtir.2011.11.4.2940)
- Whitehead, M. (1992). *The concepts and principles of equity and health*. *International Journal of Health Services*, 22(3), 217-228. doi: [10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN](https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN)

## Documentos Legais

- Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro. Diário do Governo n.º 228/1971, Série I. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa
- Lei nº 56/79, de 15 de setembro. Diário da República n.º 214/1979 - Série I. Assembleia da República. Lisboa
- Decreto-Lei nº 254/ 82, de 29 de junho. Diário da República n.º 147/1982 - Série I. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa
- Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro. Diário da República n.º 12/1993 - Série I-A. Ministério da Saúde. Lisboa

Decreto-Lei n.º 317/99, de 11 de agosto. Diário da República n.º 186/1999 - Série I-A. Ministério do Equipamento, do Planeamento e da Administração do Território. Lisboa

Decreto-lei n.º 309/2003 de 10 de dezembro. Diário da República n.º 284/2003 - Série I-A. Ministério da Saúde. Lisboa

Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril. Diário da República n.º 77/2003 - Série I-A. Ministério da Saúde. Lisboa

Despacho n.º 24101/2007, 22 de outubro. Diário da República n.º 203/2007, Série II. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio. Diário da República n.º 103/2007 - Série I. Ministério da Saúde. Lisboa

Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. Diário da República n.º 161/2007 – Série I. Ministério da Saúde. Lisboa

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Diário da República n.º 38/2008 – Série I. Ministério da Saúde. Lisboa

Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril. Diário da República n.º 74/2009 – Série II. Ministério da Saúde. Lisboa.

Lei n.º 11-A/2013, de 28 de janeiro. Diário da República n.º 19/2013 - Série I. Assembleia da República. Lisboa

Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro. Diário da República n.º 169/2013 - Série I. Assembleia da República. Lisboa

Decreto-lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. Diário da República n.º 149/2014 - Série I. Ministério da Saúde. Lisboa

Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro. Diário da República n.º 21/2019, Série I. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Diário da República n.º 169/2019 - Série I. Assembleia da República. Lisboa

## Páginas Web

<http://smi.ine.pt/> consultado em novembro de 2019

[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) consultado em novembro de 2019

[www.who.int](http://www.who.int) consultado em novembro de 2019

[www.sns.gov.pt/](http://www.sns.gov.pt/) consultado em fevereiro de 2020

[www.acss.min-saude.pt/](http://www.acss.min-saude.pt/) consultado em março 2020

<https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/accessibility-definition/en/> consultado em junho de 2020

## Anexos

Anexo 1 – Valências prestadas nos equipamentos de CSP de Palmela

		USF Santiago de Palmela	USF Pinhal Saúde	UCSP Águas de Moura	UCSP Bairro Marinheiros	UCSP Brejos do Assa	UCSP Palmela	UCSP Pinhal Novo - Praça Ultramar	UCSP Olhos de Água	UCSP Póceirão	UCSP Quinta do Anjo	UCSP Venda do Alcaide
Aconselhamento a Diabéticos (Enfermagem)	Outras Consultas Específicas	Outros Meios De Diagnósticos	Remoção de pontos	Domicílios de enfermagem	Domicílios Médicos	Outros Tratamentos	Tratamento Injetáveis	Pensos	Medicina Geral e familiar			
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x



Atendimento Complementar de Doença Aguda	Atendimento Complementar	Vacinação Crianças	Vacinação Adultos	Feridas Crônicas	Saúde Materna/Plaqueamento Familiar (Enfermagem)	Saúde Infantil (Enfermagem)
		x	x	x	x	x
		x	x	x	x	x
		x	x	x	x	x
		x	x	x	x	x
		x	x	x	x	x
	x					
	x	x	x	x	x	x
				x	x	x
		x	x	x	x	x
		x	x	x	x	x

Anexo 2 – Valências prestadas nos equipamentos de UCSP de Sintra

NOME	Saúde materna	Saúde Infantil	Medicina Geral e familiar	Planeamento Familiar	Vacinação Adultos	Vacinação Crianças	Pensos	Injetáveis	Saúde Materna/Planeamento Familiar (Enfermagem)	Saúde Infantil (Enfermagem)	Diabetes	Aerossóis
UCSP Algueirão	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
UCSP Rio de Mouro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
UCSP Casal de Cambra	x	x	x	x	x	x			x			
UCSP Agualva	x	x	x	x	x	x		x				
UCSP Almargem do Bispo	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
UCSP Olival	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x
UCSP Belas	x	x	x	x	x	x	x					
UCSP Queluz	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	
UCSP Terrugem/S. João Lampas - Pólo São João das Lampas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
UCSP Terrugem/S. João Lampas - Pólo Terrugem	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Terapia Familiar	Domicílios Médicos	Preparação para o parto	Atendimento de Doença Aguda	Atendimento Complementar	Atendimento de jovens e adolescentes	Interrupção Voluntária da Gravidez	Avaliação da Tensão Arterial	Hipertensão (HTA)	Domicílios de enfermagem	Aconselha-mento a Diabéticos (Enfermagem)	Remoção de pontos
			x	x	x						
			x	x				x			
x		x									
		x							x		x
			x	x							
	x					x	x	x	x	x	x
	x					x	x	x	x		x

Fisioterapia	Atendimento social	Estomato- -logia	Saúde Pública	Atendimento de Gripe	Psicologia	Algaliasões
	x	x	x	x	x	
						x
x						

Anexo 3 – Valências prestadas nos equipamentos de USF de Sintra

	Aerossóis	Diabetes	Saúde Infantil (Enfermagem)	Saúde Materna/ Planeamento Familiar (Enfermagem)	Injetáveis	Pensos	Vacinação Crianças	Vacinação Adultos	Planea- -mento Familiar	Medicina Geral e familiar	Saúde Infantil	Saúde materna	NOME
		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	USF Tapada
			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	USF Natividade
x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	USF de Colares
		x		x			x	x	x	x	x	x	USF Albasáude
x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	USF Alphamouro
		x	x			x	x	x	x	x	x	x	USF Rio de Mouro
x			x		x	x	x	x	x	x	x	x	USF Mira-Sintra
x		x			x	x	x	x	x	x	x	x	USF Lapiás
x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	USF Flor de Lótus
x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	USF São Marcos
			x						x	x	x	x	USF Mactamã
x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	USF Mãe de Água
			x	x		x	x	x	x	x	x	x	USF D. Maria I
			x	x			x	x	x	x	x	x	USF Monte da Luz
					x	x	x	x	x	x	x	x	USF Queluz
		x	x	x	x	x				x	x	x	USF Terra
x		x			x	x	x	x	x		x	x	USF Cynthia
		x			x	x	x	x	x	x	x	x	USF Monte da Luz

Algaliasões	Terapia Familiar	Preparação para o parto	Atendimento de Doença Aguda	Atendimento Complementar	Atendimento de jovens e adolescentes	Interrupção Voluntária da Gravidez	Avaliação da Tensão Arterial	Hipertensão (HTA)	Domicílios de enfermagem	Aconselha-mento a Diabéticos (Enfermagem)	Remoção de pontos
						x	x			x	x
					x	x	x	x	x	x	x
						x		x	x		
										x	
									x		x
x	x	x									x
										x	
									x	x	x
										x	
					x						
						x	x	x		x	
					x	x	x	x	x	x	x

Aspiração de secreções	Outras	Alcoolologia	Cessaçao tabágica	Outros programas	Psicologia
x					
				x	
	x				
			x		
				x	
					x
		x			

Anexo 4 - População real abrangida pelas UCSP do concelho de Palmela, através do perfil pedonal da população com baixa ou sem dificuldade

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
UCSP Quinta do Anjo	0	0	0	0	Quinta do Anjo	0	0	0	0
UCSP Olhos de Água	0	1	40	111	Quinta do Anjo	0	Pinhal Novo	Pinhal Novo	<b>78</b> Palmela; <b>33</b> Pinhal Novo
UCSP Bairro Marinheiros	0	0	0	0	Quinta do Anjo	0	0	0	0
UCSP Poceirão	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Águas de Moura	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Brejos do Assa	0	0	0	0	Palmela	0	0	0	0
UCSP Venda do Alcaide	9	22	17	166	Pinhal Novo	Palmela	Palmela	Palmela	Palmela
UCSP Palmela	0	0	0	0	Todas freguesias de Palmela	0	0	0	0
UCSP Pinhal Novo - Praça Ultramar	0	0	0	0	Pinhal Novo	0	0	0	0
Total	0	23	57	277					

Anexo 5 –População real abrangida pelas UCSP do concelho de Palmela, através do perfil pedonal da população com média ou elevada dificuldade

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
UCSP Quinta do Anjo	0	0	0	0	Quinta do Anjo	0	0	0	0
UCSP Olhos de Água	0	0	0	37	Quinta do Anjo	0	0	0	Pinhal Novo
UCSP Bairro Marinheiros	0	0	0	0	Quinta do Anjo	0	0	0	0
UCSP Poceirão	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Águas de Moura	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Brejos do Assa	0	0	0	0	Palmela	0	0	0	0
UCSP Venda do Alcaide	1	6	11	76	Pinhal Novo	Palmela	Palmela	Palmela	Palmela
UCSP Palmela	0	0	0	0	Todas freguesias de Palmela	0	0	0	0
UCSP Pinhal Novo - Praça Ultramar	0	0	0	0	Pinhal Novo	0	0	0	0
Total	1	6	11	113					



Anexo 6 –População real abrangida pelas UCSP do concelho de Palmela, através do perfil bicicleta

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
UCSP Quinta do Anjo	0	0	0	3	Quinta do Anjo	0	0	0	Palmela
UCSP Olhos de Água	4	59	104	346	Quinta do Anjo	Pinhal Novo	<b>49</b> Pinhal Novo; <b>10</b> Palmela	<b>87</b> Palmela; <b>17</b> Pinhal Novo	<b>235</b> Palmela; <b>111</b> Pinhal Novo
UCSP Bairro Marinheiros	0	0	0	0	Quinta do Anjo	0	0	0	0
UCSP Poceirão	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Águas de Moura	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Brejos do Assa	0	0	0	7	Palmela	0	0	0	Marateca
UCSP Venda do Alcaide	38	86	108	37	Pinhal Novo	Palmela	Palmela	Palmela	Palmela
UCSP Palmela	0	0	0	0	Todas freguesias de Palmela	0	0	0	0
UCSP Pinhal Novo - Praça Ultramar	0	0	0	1	Pinhal Novo	0	0	0	Palmela
Total	42	145	212	394					

Anexo 7 – População real abrangida pelas unidades funcionais do concelho de Palmela, através do perfil bicicleta

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
UCSP Quinta do Anjo	0	0	0	3	Quinta do Anjo	0	0	0	Palmela
UCSP Olhos de Água	4	59	103	306	Quinta do Anjo	Pinhal Novo	<b>49</b> Pinhal Novo; <b>10</b> Palmela	<b>86</b> Palmela; <b>17</b> Pinhal Novo e	<b>229</b> Palmela; <b>77</b> Pinhal Novo
UCSP Bairro Marinheiros	0	0	0	0	Quinta do Anjo	0	0	0	0
UCSP Poceirão	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Águas de Moura	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Brejos do Assa	0	0	0	14	Palmela	0	0	0	Marateca
UCSP Venda do Alcaide	38	86	108	32	Pinhal Novo	Palmela	Palmela	Palmela	Palmela
UCSP Palmela	0	0	0	0	Todas freguesias de Palmela	0	0	0	0
UCSP Pinhal Novo - Praça Ultramar	0	0	0	0	Pinhal Novo	0	0	0	0
USF Pinhal Saúde	0	0	1	13	Pinhal Novo	0	0	Palmela	Palmela
Total	42	145	212	368					

Anexo 8 – População real abrangida pelas UCSP do concelho de Palmela, através do perfil rodoviário

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
UCSP Quinta do Anjo	15	17	9	0	Quinta do Anjo	Palmela	Palmela	Palmela	0
UCSP Olhos de Água	390	67	7	10	Quinta do Anjo	<b>289</b> Palmela; <b>101</b> Pinhal Novo	<b>35</b> Palmela; <b>32</b> Pinhal Novo	<b>6</b> Pinhal Novo; <b>1</b> Palmela	<b>9</b> Pinhal Novo; <b>1</b> Palmela
UCSP Bairro Marinheiros	0	0	0	0	Quinta do Anjo	0	0	0	0
UCSP Poceirão	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Águas de Moura	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Brejos do Assa	0	189	41	54	Palmela	0	<b>187</b> UF Poceirão e Marateca; <b>2</b> Pinhal Novo	<b>38</b> Marateca; <b>3</b> Palmela	<b>53</b> Marateca; <b>1</b> Quinta do Anjo
UCSP Venda do Alcaide	301	27	5	19	Pinhal Novo	Palmela	Palmela	Palmela	Palmela
UCSP Palmela	0	0	0	0	Todas freguesias de Palmela	0	0	0	0
UCSP Pinhal Novo - Praça Ultramar	3	0	0	1	Pinhal Novo	Palmela	0	0	Palmela
Total	709	300	62	84					

Anexo 9 – População real abrangida pelas unidades funcionais do concelho de Palmela, através do perfil rodoviário

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
UCSP Quinta do Anjo	15	17	9	0	Quinta do Anjo	Palmela	Palmela	Palmela	0
UCSP Olhos de Água	354	59	7	9	Quinta do Anjo	<b>273</b> Palmela; <b>81</b> Pinhal Novo	<b>33</b> Palmela; <b>26</b> Pinhal Novo	<b>6</b> Pinhal Novo; <b>1</b> Palmela	Pinhal Novo
UCSP Bairro Marinheiros	0	0	0	0	Quinta do Anjo	0	0	0	0
UCSP Poceirão	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Águas de Moura	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Brejos do Assa	0	189	41	54	Palmela	0	<b>187</b> UF Poceirão e Marateca; <b>2</b> Pinhal Novo	<b>38</b> Marateca; <b>3</b> Palmela	<b>53</b> Marateca; <b>1</b> Quinta do Anjo
UCSP Venda do Alcaide	306	26	4	15	Pinhal Novo	Palmela	Palmela	Palmela	Palmela
UCSP Palmela	0	0	0	0	Todas freguesias de Palmela	0	0	0	0
UCSP Pinhal Novo - Praça Ultramar	0	0	0	0	Pinhal Novo	0	0	0	0
USF Pinhal Saúde	17	3	3	4	Pinhal Novo	Palmela	Palmela	Palmela	Palmela
Total	692	294	64	82					

Anexo 10 – População real abrangida pelas UCSP do concelho de Palmela, através do perfil de transporte público da população com baixa ou sem dificuldade

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
UCSP Quinta do Anjo	0	0	0	66	Quinta do Anjo	0	0	0	Palmela
UCSP Olhos de Água	0	1	105	319	Quinta do Anjo	0	Pinhal Novo	<b>53</b> Palmela; <b>52</b> Pinhal Novo	<b>281</b> Palmela; <b>38</b> Pinhal Novo
UCSP Bairro Marinheiros	0	0	0	0	Quinta do Anjo	0	0	0	0
UCSP Poceirão	0	0	0	9	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	<b>8</b> Pinhal Novo; <b>1</b> Palmela
UCSP Águas de Moura	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Brejos do Assa	0	0	0	11	Palmela	0	0	0	<b>6</b> Pinhal Novo; <b>5</b> UF Poceirão e Marateca
UCSP Venda do Alcaide	9	24	25	208	Pinhal Novo	Palmela	Palmela	Palmela	Palmela
UCSP Palmela	0	0	0	0	Todas freguesias de Palmela	0	0	0	0
UCSP Pinhal Novo - Praça Ultramar	0	0	0	213	Pinhal Novo	0	0	0	<b>191</b> Palmela; <b>22</b> Quinta do Anjo
Total	9	25	130	826					

Anexo 11 – População real abrangida pelas unidades funcionais do concelho de Palmela, através do perfil de transporte público da população com baixa ou sem dificuldade

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
UCSP Quinta do Anjo	0	0	0	65	Quinta do Anjo	0	0	0	Palmela
UCSP Olhos de Água	0	1	104	314	Quinta do Anjo	0	Pinhal Novo	<b>58</b> Palmela; <b>46</b> Pinhal Novo	<b>275</b> Palmela; <b>39</b> Pinhal Novo
UCSP Bairro Marinheiros	0	0	0	0	Quinta do Anjo	0	0	0	0
UCSP Poceirão	0	0	0	9	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	<b>8</b> Pinhal Novo; <b>1</b> Palmela
UCSP Águas de Moura	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Brejos do Assa	0	0	0	11	Palmela	0	0	0	<b>6</b> Pinhal Novo; <b>5</b> UF Poceirão e Marateca
UCSP Venda do Alcaide	9	23	22	192	Pinhal Novo	Palmela	Palmela	Palmela	Palmela
UCSP Palmela	0	0	0	0	Todas freguesias de Palmela	0	0	0	0
UCSP Pinhal Novo - Praça Ultramar	0	0	0	2	Pinhal Novo	0	0	0	Palmela
USF Pinhal Saúde	0	0	0	298	Pinhal Novo	0	0	0	<b>250</b> Palmela; <b>32</b> Quinta do Anjo; <b>16</b> Marateca
Total	9	24	126	891					

Anexo 12 – População real abrangida pelas UCSP do concelho de Palmela, através do perfil de transporte público da população com média ou elevada dificuldade

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
UCSP Quinta do Anjo	0	0	0	5	Quinta do Anjo	0	0	0	Palmela
UCSP Olhos de Água	0	0	0	148	Quinta do Anjo	0	0	0	<b>93</b> Palmela; <b>55</b> Pinhal Novo
UCSP Bairro Marinheiros	0	0	0	0	Quinta do Anjo	0	0	0	0
UCSP Poceirão	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Águas de Moura	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Brejos do Assa	0	0	0	27	Palmela	0	0	0	<b>17</b> Pinhal Novo; <b>10</b> Poceirão
UCSP Venda do Alcaide	1	6	12	94	Pinhal Novo	Palmela	Palmela	Palmela	Palmela
UCSP Palmela	0	0	0	0	Todas freguesias de Palmela	0	0	0	0
UCSP Pinhal Novo - Praça Ultramar	0	0	0	0	Pinhal Novo	0	0	0	0
Total	1	6	12	274					

Anexo 13 – População real abrangida pelas unidades funcionais do concelho de Palmela, através do perfil de transporte público da população com média ou elevada dificuldade

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
UCSP Quinta do Anjo	0	0	0	5	Quinta do anjo	0	0	0	Palmela
UCSP Olhos de Água	0	0	0	160	Quinta do anjo	0	0	0	<b>106</b> Palmela; <b>54</b> Pinhal Novo
UCSP Bairro Marinheiros	0	0	0	0	Quinta do anjo	0	0	0	0
UCSP Poceirão	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Águas de Moura	0	0	0	0	UF Poceirão e Marateca	0	0	0	0
UCSP Brejos do Assa	0	0	0	0	Palmela	0	0	0	0
UCSP Venda do Alcaide	1	6	12	77	Pinhal Novo	Palmela	Palmela	Palmela	Palmela
UCSP Palmela	0	0	0	0	Todas freguesias de Palmela	0	0	0	0
UCSP Pinhal Novo - Praça Ultramar	0	0	0	0	Pinhal Novo	0	0	0	0
USF Pinhal Saúde	0	0	0	1	Pinhal Novo	0	0	0	0
Total	1	6	12	243					

Anexo 14 - População real abrangida pelas USF do concelho de Sintra, através do perfil pedonal da população com baixa ou sem dificuldade

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
USF Albasaúde	0	0	0	109	Rio de Mouro	0	0	0	UF de Sintra (São Pedro de Penaferrim)
USF Alphamouro/ USF Rio de Mouro	0	0	14	730	Rio de Mouro	0	0	Algueirão-Mem Martins	Algueirão-Mem Martins
USF Cynthia	0	0	0	2	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	0	0	0	Algueirão-Mem Martins
USF D. Maria I/ USF Queluz	0	0	0	0	UF de Queluz e Belas	0	0	0	0
USF de Colares	0	0	0	3	Colares	0	0	0	UF de Sintra (São Martinho)
USF Flor de Lótus	0	0	1	2657	UF de Cacém e São Marcos	0	0	UF de Aqualva e Mira-Sintra	<b>2471</b> UF de Aqualva e Mira-Sintra; <b>186</b> Rio de Mouro
USF Lapiás	0	0	0	6	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	0	0	0	UF de São João das Lampas e Terrugem
USF Mactamã/ USF Mãe de Água	0	0	0	140	UF de Massamá e Monte Abraão	0	0	0	<b>112</b> UF de Queluz e Belas; <b>28</b> UF de Aqualva e Mira-Sintra
USF Mira-Sintra	0	0	0	40	UF de Aqualva e Mira-Sintra	0	0	0	Rio de Mouro
USF Monte da Lua	0	0	0	0	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	0	0	0	0
USF Monte da Luz	0	0	198	1230	UF de Massamá e Monte Abraão	0	0	UF de Queluz e Belas	UF de Queluz e Belas
USF Natividade	0	0	0	0	Algueirão-Mem Martins	0	0	0	0
USF São Marcos	0	0	0	12	UF de Cacém e São Marcos	0	0	0	UF de Massamá e Monte Abraão
USF Tapada	0	0	7	31	Algueirão-Mem Martins	0	0	Rio de Mouro	Rio de Mouro
USF Terra	0	0	0	0	UF de São João das Lampas e Terrugem	0	0	0	0
Total	0	0	220	4960					



Anexo 15 - População real abrangida pelas UCSP do concelho de Sintra, através do perfil pedonal da população com baixa ou sem dificuldade

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
UCSP Algueirão	0	0	0	81	Algueirão-Mem Martins	0	0	0	<b>59</b> Rio de Mouro; <b>22</b> UF de Sintra (São Pedro de Penaferrim)
UCSP Rio de Mouro	0	0	13	834	Rio de Mouro	0	0	Algueirão-Mem Martins	Algueirão-Mem Martins
UCSP Casal de Cambra	0	0	0	0	Casal de Cambra	0	0	0	0
UCSP Aqualva	0	0	1	1	UF de Aqualva e Mira-Sintra	0	0	UF de Queluz e Belas	UF de Queluz e Belas
UCSP Almargem do Bispo	0	0	0	0	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	0	0	0	0
UCSP Olival	0	0	0	189	UF de Aqualva e Mira-Sintra; UF de Cacém e São Marcos	0	0	0	Rio de Mouro
UCSP Belas	253	716	1066	853	UF de Queluz e Belas	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão
UCSP Queluz	0	0	0	42	UF de Queluz e Belas	0	0	0	UF de Massamá e Monte Abraão
UCSP Terrugem/S. João Lampas - Pólo São João das Lampas	0	0	0	0	UF de São João das Lampas e Terrugem	0	0	0	0
UCSP Terrugem/S. João Lampas - Pólo Terrugem	0	0	0	0	UF de São João das Lampas e Terrugem	0	0	0	0
Total	0	0	1080	2000					

Anexo 16 - População real abrangida pelas USF do concelho de Sintra, através do perfil pedonal da população com média ou elevada dificuldade

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
USF Albasaúde	0	0	0	3	Rio de Mouro	0	0	0	UF de Sintra (São Pedro de Penaferrim)
USF Alphamouro/ USF Rio de Mouro	0	0	0	4	Rio de Mouro	0	0	0	Algueirão-Mem Martins
USF Cynthia	0	0	0	0	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	0	0	0	0
USF D. Maria I/ USF Queluz	0	0	0	0	UF de Queluz e Belas	0	0	0	0
USF de Colares	0	0	0	0	Colares	0	0	0	0
USF Flor de Lótus	0	0	0	246	UF de Cacém e São Marcos	0	0	0	UF de Aqualva e Mira-Sintra
USF Lapiás	0	0	0	0	UF de Almagem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	0	0	0	0
USF Mactamã/ USF Mãe de Água	0	0	0	0	UF de Massamá e Monte Abraão	0	0	0	0
USF Mira-Sintra	0	0	0	0	UF de Aqualva e Mira-Sintra	0	0	0	0
USF Monte da Lua	0	0	0	0	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	0	0	0	0
USF Monte da Luz	0	0	0	0	UF de Massamá e Monte Abraão	0	0	0	0
USF Natividade	0	0	0	0	Algueirão-Mem Martins	0	0	0	0
USF São Marcos	0	0	0	3	UF de Cacém e São Marcos	0	0	0	UF de Massamá e Monte Abraão
USF Tapada	0	0	0	13	Algueirão-Mem Martins	0	0	0	Rio de Mouro
USF Terra	0	0	0	0	UF de São João das Lampas e Terrugem	0	0	0	0
Total	0	0	0	269					

Anexo 17 - População real abrangida pelas UCSP do concelho de Sintra, através do perfil pedonal da população com média ou elevada dificuldade

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
UCSP Algueirão	0	0	0	0	Algueirão-Mem Martins	0	0	0	0
UCSP Rio de Mouro	0	0	0	4	Rio de Mouro	0	0	0	Algueirão-Mem Martins
UCSP Casal de Cambra	0	0	0	0	Casal de Cambra	0	0	0	0
UCSP Agualva	0	0	0	0	UF de Agualva e Mira-Sintra	0	0	0	0
UCSP Almargem do Bispo	0	0	0	0	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	0	0	0	0
UCSP Olival	0	0	0	0	UF de Agualva e Mira-Sintra; UF de Cacém e São Marcos	0	0	0	0
UCSP Belas	0	0	0	1458	UF de Queluz e Belas	0	0	0	UF de Massamá e Monte Abraão
UCSP Queluz	0	0	0	0	UF de Queluz e Belas	0	0	0	0
UCSP Terrugem/S. João Lampas - Pólo São João das Lampas	0	0	0	0	UF de São João das Lampas e Terrugem	0	0	0	0
UCSP Terrugem/S. João Lampas - Pólo Terrugem	0	0	0	0	UF de São João das Lampas e Terrugem	0	0	0	0
Total	0	0	0	0					

Anexo 18 - População real abrangida pelas USF do concelho de Sintra, através do perfil bicicleta

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
USF Albasaúde	0	33	101	579	Rio de Mouro	0	UF de Sintra (São Pedro de Penaferrim)	UF de Sintra (São Pedro de Penaferrim)	UF de Sintra (São Pedro de Penaferrim)
USF Alphamouro/ USF Rio de Mouro	0	242	370	162	Rio de Mouro	0	Algueirão-Mem Martins	Algueirão-Mem Martins	<b>160</b> Algueirão-Mem Martins; <b>2</b> UF de Queluz e Belas
USF Cynthia	0	0	0	33	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	0	0	0	Algueirão-Mem Martins
USF D. Maria I/ USF Queluz	0	11	2	0	UF de Queluz e Belas	0	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão	0
USF de Colares	0	0	18	269	Colares	0	0	UF de Sintra (São Martinho)	UF de Sintra (São Martinho)
USF Flor de Lótus	0	648	2290	1496	UF de Cacém e São Marcos	0	<b>596</b> UF de Agualva e Mira-Sintra; <b>52</b> Rio de Mouro	<b>2122</b> UF de Agualva e Mira-Sintra; <b>168</b> Rio de Mouro	<b>1330</b> UF de Agualva e Mira-Sintra; <b>164</b> Rio de Mouro; <b>1</b> UF de Queluz e Belas; <b>1</b> UF Massamá e Monte Abraão
USF Lapiás	0	0	0	154	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	0	0	0	UF de São João das Lampas e Terrugem
USF Mactamã/ USF Mãe de Água	0	1	243	70	UF de Massamá e Monte Abraão	0	UF de Queluz e Belas	<b>211</b> UF de Queluz e Belas; <b>32</b> UF de Agualva e Mira-Sintra	<b>68</b> UF de Queluz e Belas; <b>2</b> UF de Agualva e Mira-Sintra
USF Mira-Sintra	0	3	29	341	UF de Agualva e Mira-Sintra	0	Rio de Mouro	<b>8</b> Rio de Mouro; <b>21</b> UF de Queluz e Belas	<b>171</b> Algueirão-Mem Martins ; <b>138</b> UF de Queluz e Belas ; <b>32</b> Rio de Mouro
USF Monte da Lua	0	0	0	12	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro	0	0	0	UF de São João das Lampas e Terrugem

					de Penaferirim)				
USF Monte da Luz	5	837	334	1925	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Queluz e Belas	UF de Queluz e Belas	UF de Queluz e Belas	<b>1899</b> UF de Queluz e Belas; <b>26</b> UF de Aqualva e Mira-Sintra
USF Natividade	0	0	3	108	Algueirão- Mem Martins	0	0	UF de Sintra (São Pedro de Penaferirim)	UF de Sintra (São Pedro de Penaferirim)
USF São Marcos	0	0	6	4	UF de Cacém e São Marcos	0	0	UF de Massamá e Monte Abraão	Rio de Mouro
USF Tapada	0	9	5	5	Algueirão- Mem Martins	0	Rio de Mouro	Rio de Mouro	Rio de Mouro
USF Terra	0	0	0	63	UF de São João das Lampas e Terrugem	0	0	0	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel)
Total	5	1784	3401	5073					

Anexo 19 - População real abrangida pelas UCSP do concelho de Sintra, através do perfil bicicleta

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
UCSP Algueirão	0	9	134	1157	Algueirão-Mem Martins	0	Rio de Mouro	<b>99</b> Rio de Mouro; <b>35</b> UF de Sintra (São Pedro de Penaferrim)	<b>1046</b> UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim); <b>111</b> Rio de Mouro
UCSP Rio de Mouro	0	311	466	554	Rio de Mouro	0	Algueirão-Mem Martins	Algueirão-Mem Martins	<b>474</b> Algueirão-Mem Martins; <b>66</b> UF de Queluz e Belas; <b>14</b> UF de Agualva e Mira-Sintra
UCSP Casal de Cambra	0	0	0	295	Casal de Cambra	0	0	0	<b>211</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; <b>84</b> UF de Queluz e Belas
UCSP Agualva	0	0	18	380	UF de Agualva e Mira-Sintra	0	0	UF de Queluz e Belas	<b>249</b> UF de Queluz e Belas; <b>130</b> UF de Massamá e Monte Abraão; <b>1</b> UF de Cacém e São Marcos
UCSP Almargem do Bispo	0	0	0	0	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	0	0	0	0
UCSP Olival	0	53	170	536	UF de Agualva e Mira-Sintra; UF de Cacém e São Marcos	0	Rio de Mouro	Rio de Mouro	<b>522</b> Rio de Mouro; <b>14</b> UF de Massamá e Monte Abraão
UCSP Belas	690	1470	564	2881	UF de Queluz e Belas	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão	<b>2850</b> UF de Massamá e Monte Abraão; <b>31</b> UF de Agualva e Mira-Sintra
UCSP Queluz	0	5	13	18	UF de Queluz e Belas	0	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão
UCSP Terrugem/S. João Lampas - Pólo São João das Lampas	0	0	0	66	UF de São João das Lampas e Terrugem	0	0	0	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel)

UCSP Terrugem/S. João Lampas - Pólo Terrugem	0	0	0	0	UF de São João das Lampas e Terrugem	0	0	0	0
Total	690	1848	1365	5887					

Anexo 20 - População real abrangida pelas USF do concelho de Sintra, através do perfil rodoviário

Unidades Funcionais	(-) 05 Min	(-) 10 Min	(-) 15 Min	(-) 30 Min	Área de Influência	Freg. 05 Min	Freg. 10 Min	Freg. 15 Min	Freg. 30 Min
USF Albasáude	246	477	15	9	Rio de Mouro	<b>245</b> UF Sintra (São Pedro de Penaferrim); <b>1</b> Algueirão-Mem Martins	<b>469</b> UF Sintra (São Pedro de Penaferrim); <b>8</b> Algueirão-Mem Martins	<b>14</b> UF Sintra (São Pedro de Penaferrim); <b>1</b> Algueirão-Mem Martins	<b>8</b> UF Sintra (São Pedro de Penaferrim); <b>1</b> Algueirão-Mem Martins
USF Alphamouro/USF Rio de Mouro	504	28	29	28	Rio de Mouro	Algueirão-Mem Martins	Algueirão-Mem Martins	Algueirão-Mem Martins	Algueirão-Mem Martins
USF Cynthia	118	30	11	14	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	Algueirão-Mem Martins	Algueirão-Mem Martins	Algueirão-Mem Martins	Algueirão-Mem Martins
USF D. Maria I/USF Queluz	0	4	7	8	UF de Queluz e Belas	0	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão
USF de Colares	330	265	14	22	Colares	UF de Sintra (São Martinho)	<b>196</b> UF de São João das Lampas e Terrugem; <b>69</b> UF de Sintra (São Martinho);	UF de Sintra (São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	UF de Sintra (São Martinho e São Pedro de Penaferrim)
USF Flor de Lótus	4323	173	74	86	UF de Cacém e São Marcos	<b>3961</b> UF de Aqualva e Mira-Sintra; <b>344</b> Rio de Mouro; <b>15</b> UF de Queluz e Belas; <b>2</b> UF Sintra (São Pedro de Penaferrim); <b>1</b> UF de Massamá e Monte Abraão	<b>79</b> UF de Queluz e Belas; <b>64</b> UF de Aqualva e Mira-Sintra; <b>26</b> UF de Rio de Mouro; <b>2</b> UF de Massamá e Monte Abraão; <b>2</b> Algueirão-Mem Martins	<b>32</b> UF de Aqualva e Mira-Sintra; <b>26</b> UF de Queluz e Belas; <b>13</b> Rio de Mouro; <b>2</b> Algueirão-Mem Martins; <b>1</b> UF de Massamá e Monte Abraão	<b>42</b> UF de Queluz e Belas; <b>23</b> Rio de Mouro; <b>18</b> UF de Aqualva e Mira-Sintra; <b>2</b> UF de Massamá e Monte Abraão; <b>1</b> Algueirão-Mem Martins
USF Lapiás	108	41	8	12	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	UF de São João das Lampas e Terrugem	UF de São João das Lampas e Terrugem	<b>5</b> UF de São João das Lampas e Terrugem; <b>3</b> Algueirão-Mem Martins	<b>8</b> UF de São João das Lampas e Terrugem; <b>4</b> Algueirão-Mem Martins



USF Mactamã/ USF Mãe de Água	304	7	5	0	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Queluz e Belas; UF de Aqualva e Mira-Sintra	UF de Queluz e Belas	UF de Queluz e Belas	0
USF Mira- Sintra	558	516	226	47	UF de Aqualva E Mira-Sintra	<b>286</b> Algueirão- Mem Martins; <b>160</b> Rio de Mouro; <b>112</b> UF de Queluz e Belas	<b>275</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; <b>119</b> Algueirão- Mem Martins; <b>104</b> UF de Queluz e Belas; <b>18</b> Rio de Mouro	<b>148</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; <b>58</b> UF de Queluz e Belas; <b>15</b> Rio de Mouro; <b>5</b> Algueirão- Mem Martins	<b>21</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; <b>21</b> UF de Queluz e Belas; <b>5</b> Algueirão- Mem Martins
USF Monte da Lua	5	51	13	4	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	UF de São João das Lampas e Terrugem	UF de São João das Lampas e Terrugem	UF de São João das Lampas e Terrugem	UF de São João das Lampas e Terrugem
USF Monte da Luz	1124	2557	287	65	UF de Massamá E Monte Abraão	<b>1123</b> UF de Queluz e Belas; <b>1</b> UF de Aqualva e Mira-Sintra	<b>1326</b> Casal de Cambra; <b>1026</b> UF de Queluz e Belas; <b>205</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	<b>209</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; <b>72</b> UF de Queluz e Belas; <b>6</b> Casal de Cambra	<b>54</b> UF de Queluz e Belas; <b>11</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar
USF Natividade	0	0	0	0	Algueirão- Mem Martins	0	0	0	0
USF São Marcos	3	2	2	0	UF de Cacém e São Marcos	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão; Rio de Mouro	UF de Massamá e Monte Abraão; Rio de Mouro	0
USF Tapada	97	7	9	0	Algueirão- Mem Martins	Rio de Mouro	Rio de Mouro	Rio de Mouro	0
USF Terra	59	3	0	2	UF de São João das Lampas e Terrugem	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel)	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel)	0	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel)
Total	3816	4161	717	297					

Anexo 21 - População real abrangida pelas UCSP do concelho de Sintra, através do perfil rodoviário

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
UCSP Algueirão	849	2218	327	506	Algueirão-Mem Martins	<b>170</b> Rio de Mouro; <b>679</b> UF Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	<b>2216</b> UF Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim); <b>2</b> Rio de Mouro	<b>428</b> Colares; <b>97</b> UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim); <b>2</b> Rio de mouro	<b>499</b> Colares; <b>7</b> UF Sintra (São Pedro De Penaferrim)
UCSP Rio de Mouro	729	147	19	18	Rio de Mouro	<b>718</b> Algueirão-Mem Martins; <b>11</b> UF de Queluz e Belas;	<b>131</b> Algueirão-Mem Martins; <b>16</b> UF de Queluz e Belas;	Algueirão-Mem Martins	Algueirão-Mem Martins
UCSP Casal de Cambra	46	296	27	8	Casal de Cambra	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	UF de Queluz e Belas	UF de Queluz e Belas	UF de Queluz e Belas
UCSP Agualva	647	757	48	28	UF de Agualva e Mira-Sintra	<b>642</b> UF de Queluz e Belas; <b>5</b> Algueirão-Mem Martins	<b>378</b> UF de Queluz e Belas; <b>311</b> Algueirão-Mem Martins; <b>60</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; <b>8</b> UF de Massamá e Monte Abraão	<b>24</b> UF de Queluz e Belas; <b>12</b> Algueirão-Mem Martins; <b>6</b> UF de Massamá e Monte Abraão; <b>6</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	<b>16</b> UF de Queluz e Belas; <b>9</b> Algueirão-Mem Martins; <b>2</b> Rio de Mouro; <b>1</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar
UCSP Almargem do Bispo	0	1	27	25	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	0	UF de Queluz e Belas	UF de Queluz e Belas	UF de Queluz e Belas
UCSP Olival	721	2128	113	33	UF de Agualva e Mira-Sintra; UF de Cacém e São Marcos	<b>495</b> Rio de Mouro; <b>224</b> UF de Massamá e Monte Abraão; <b>2</b> UF Sintra (São Pedro De Penaferrim)	<b>1106</b> Rio de Mouro; <b>833</b> UF de Massamá e Monte Abraão; <b>189</b> UF Sintra (São Pedro De Penaferrim)	<b>86</b> UF Sintra (São Pedro de Penaferrim); <b>19</b> UF de Massamá e Monte Abraão; <b>8</b> Rio de mouro	<b>27</b> UF Sintra (São Pedro de Penaferrim); <b>5</b> Rio de Mouro; <b>1</b> UF de Massamá e Monte Abraão

UCSP Belas	3130	887	65	36	UF de Queluz e Belas	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão
UCSP Queluz	382	82	103	50	UF de Queluz e Belas	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão
UCSP Terrugem/S. João Lampas - Pólo São João das Lampas	32	795	888	54	UF de São João das Lampas e Terrugem	UF de Sintra (São Martinho)	<b>774</b> UF de Sintra (São Martinho); <b>21</b> Colares	<b>770</b> Colares; <b>118</b> UF de Sintra (São Martinho)	<b>29</b> Colares; <b>25</b> UF Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)
UCSP Terrugem/S. João Lampas - Pólo Terrugem	0	998	55	56	UF de São João das Lampas e Terrugem	0	<b>567</b> UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel); <b>399</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; <b>32</b> Algueirão-Mem Martins	<b>44</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; <b>11</b> UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel)	<b>35</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; <b>21</b> UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel)
Total	6536	7400	1672	814					

Anexo 22 - População real abrangida pelas USF do concelho de Sintra, através do perfil de transporte público da população com baixa ou sem dificuldade

Unidades Funcionais	(-) 05 Min	(-) 10 Min	(-) 15 Min	(-) 30 Min	Área de Influência	Freg. 05 Min	Freg. 10 Min	Freg. 15 Min	Freg. 30 Min
USF Albasaúde	0	60	250	410	Rio de Mouro	0	UF Sintra (São Pedro de Penaferrim)	UF Sintra (São Pedro de Penaferrim)	<b>397</b> UF Sintra (São Pedro de Penaferrim); <b>13</b> Algueirão-Mem Martins
USF Alphamouro/ USF Rio de Mouro	0	0	156	539	Rio de Mouro	0	0	<b>151</b> Algueirão-Mem Martins; <b>4</b> UF de Agualva e Mira-Sintra; <b>1</b> UF de Queluz e Belas	<b>513</b> Algueirão-Mem Martins; <b>14</b> UF de Agualva e Mira-Sintra; <b>9</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; <b>2</b> UF de Queluz e Belas; <b>1</b> UF Sintra (São Pedro De Penaferrim)
USF Cynthia	0	16	309	1198	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	0	Algueirão-Mem Martins	Algueirão-Mem Martins	<b>1159</b> Algueirão-Mem Martins; <b>20</b> UF de Cacém e São Marcos; <b>16</b> Rio de Mouro; <b>3</b> UF de São João das Lampas e Terrugem
USF D. Maria I/ USF Queluz	0	0	0	12	UF de Queluz e Belas	0	0	0	<b>11</b> UF de Massamá e Monte Abraão; <b>1</b> UF de Cacém e São Marcos
USF de Colares	0	27	107	115	Colares	0	UF Sintra (São Martinho)	UF Sintra (São Martinho)	<b>105</b> UF de São João das Lampas e Terrugem; <b>10</b> UF Sintra (São Martinho);
USF Flor de Lótus	0	161	1820	1081	UF de Cacém e São Marcos	0	<b>129</b> UF de Agualva e Mira-Sintra; <b>32</b> Rio de Mouro	<b>1689</b> UF de Agualva e Mira-Sintra; <b>131</b> Rio de Mouro	<b>1003</b> UF de Agualva e Mira-Sintra; <b>70</b> Rio de Mouro; <b>8</b> UF de Queluz e Belas
USF Lapiás	0	8	99	243	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	0	UF de São João das Lampas e Terrugem	<b>93</b> UF de São João das Lampas e Terrugem; <b>6</b> UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel)	<b>110</b> UF de São João das Lampas e Terrugem; <b>76</b> Algueirão-Mem Martins; <b>57</b> UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel)

USF Mactamã/ USF Mãe de Água	0	0	25	8	UF de Massamá e Monte Abraão	0	0	<b>24</b> UF de Aqualva e Mira-Sintra; <b>1</b> UF de Queluz e Belas	UF de Aqualva e Mira-Sintra
USF Mira- Sintra	0	10	95	423	UF de Aqualva e Mira-Sintra	0	UF de Queluz e Belas	<b>58</b> UF de Queluz e Belas; <b>37</b> Algueirão- Mem Martins	<b>294</b> Algueirão- Mem Martins; <b>110</b> UF de Queluz e Belas; <b>14</b> Rio de Mouro; <b>5</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar
USF Monte da Lua	0	0	2	259	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	0	0	UF de São João das Lampas e Terrugem	UF de São João das Lampas e Terrugem
USF Monte da Luz	122	1790	1758	2610	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Queluz e Belas	UF de Queluz e Belas	UF de Queluz e Belas	<b>1234</b> Casal de Cambra; <b>1176</b> UF de Queluz e Belas; <b>134</b> Almargem do Bispo; <b>66</b> UF de Aqualva e Mira- Sintra
USF Natividade	0	0	0	55	Algueirão- Mem Martins	0	0	0	<b>47</b> Sintra (São Pedro de Penaferrim); <b>8</b> Rio De Mouro
USF São Marcos	0	2	2	6	UF de Cacém e São Marcos	0	UF de Massamá e Monte Abraão	Rio de Mouro	<b>4</b> Rio de Mouro; <b>2</b> UF de Massamá e Monte Abraão
USF Tapada	0	0	20	2	Algueirão- Mem Martins	0	0	Rio de Mouro	Rio de Mouro
USF Terra	0	0	0	0	UF de São João das Lampas e Terrugem	0	0	0	0
Total	122	2074	4643	6973					

Anexo 23 - População real abrangida pelas UCSP do concelho de Sintra, através do perfil de transporte público da população com baixa ou sem dificuldade

Unidades Funcionais	(-) 05 Min	(-) 10 Min	(-) 15 Min	(-) 30 Min	Área de Influência	Freg. 05 Min	Freg. 10 Min	Freg. 15 Min	Freg. 30 Min
UCSP Algueirão	0	0	29	2320	Algueirão-Mem Martins	0	0	<b>20</b> UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim); <b>9</b> Rio de Mouro	<b>2265</b> UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim); <b>55</b> Rio de Mouro
UCSP Rio de Mouro	0	0	513	1947	Rio de Mouro	0	0	<b>509</b> Algueirão-Mem Martins; <b>4</b> UF de Agualva e Mira-Sintra	<b>1043</b> Algueirão-Mem Martins; <b>748</b> UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim); <b>86</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; <b>65</b> UF de Queluz e Belas; <b>5</b> UF de Agualva e Mira-Sintra
UCSP Casal de Cambra	0	0	2	253	Casal de Cambra	0	0	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar
UCSP Agualva	0	0	19	201	UF de Agualva e Mira-Sintra	0	0	UF de Queluz e Belas	UF de Queluz e Belas
UCSP Almargem do Bispo	0	0	0	0	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	0	0	0	0
UCSP Olival	0	34	238	1393	UF de Agualva e Mira-Sintra; UF de Cacém e São Marcos	0	Rio De Mouro	<b>198</b> Rio De Mouro; <b>40</b> UF de Massamá e Monte Abraão	<b>1222</b> Rio de Mouro; <b>94</b> UF Sintra (São Pedro de Penaferrim); <b>77</b> UF de Massamá e Monte Abraão
UCSP Belas	1012	1545	1971	1139	UF de Queluz e Belas	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão	<b>1961</b> UF de Massamá e Monte Abraão; <b>10</b> UF de Agualva e Mira-Sintra	<b>1104</b> UF de Massamá e Monte Abraão; <b>35</b> UF de Agualva e Mira-Sintra
UCSP Queluz	0	0	0	34	UF de Queluz e Belas	0	0	0	<b>22</b> UF de Cacém e São Marcos; <b>12</b> UF de Massamá e Monte Abraão
UCSP Terrugem/S. João	0	0	0	0	UF de São João das	0	0	0	0

Lampas - Pólo São João Das Lampas					Lampas e Terrugem				
UCSP Terrugem/S. João Lampas - Pólo Terrugem	0	0	2	818	UF de São João das Lampas e Terrugem	0	0	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel)	<b>703</b> UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferirim); <b>87</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; <b>28</b> Algueirão-Mem Martins
Total	1012	1579	2774	8105					

Anexo 24 - População real abrangida pelas USF do concelho de Sintra, através do perfil de transporte público da população com média ou elevada dificuldade

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 min
USF Albasaúde	0	7	97	845	Rio de Mouro	0	UF de Sintra (São Pedro de Penaferrim)	UF de Sintra (São Pedro de Penaferrim)	<b>558</b> UF de Sintra (São Pedro de Penaferrim); <b>287</b> Algueirão-Mem Martins
USF Alphamouro/ USF Rio de Mouro	0	0	10	1073	Rio de Mouro	0	0	Algueirão-Mem Martins	Algueirão-Mem Martins
USF Cynthia	0	0	70	3177	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	0	0	<b>60</b> Algueirão-Mem Martins; <b>6</b> UF de São João das Lampas e Terrugem; <b>4</b> Rio de Mouro	<b>2153</b> Algueirão-Mem Martins; <b>822</b> Rio de Mouro; <b>166</b> UF de São João das Lampas e Terrugem; <b>25</b> UF de Cacém e São Marcos; <b>11</b> UF de Massamá e Monte Abraão
USF D. Maria I/ USF Queluz	0	0	0	12	UF de Queluz e Belas	0	0	0	UF de Massamá e Monte Abraão
USF de Colares	0	7	55	141	Colares	0	UF de Sintra (São Martinho)	UF de Sintra (São Martinho)	<b>132</b> UF de Sintra (São Martinho); <b>9</b> UF de São João das Lampas e Terrugem
USF Flor de Lótus	0	0	171	510	UF de Cacém e São Marcos	0	0	<b>150</b> UF de Agualva e Mira-Sintra; <b>21</b> Rio de Mouro	<b>381</b> UF de Agualva e Mira-Sintra; <b>122</b> Rio de Mouro; <b>7</b> UF de Massamá e Monte Abraão
USF Lapiás	0	0	42	295	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	0	0	<b>36</b> UF de São João das Lampas e Terrugem; <b>6</b> UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel)	<b>171</b> UF de São João das Lampas e Terrugem; <b>64</b> Algueirão-Mem Martins; <b>60</b> UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel)
USF Mactamá/ USF Mãe de Água	0	0	0	0	UF de Massamá e Monte Abraão	0	0	0	0
USF Mira-Sintra	0	0	55	936	UF de Agualva e Mira-Sintra	0	0	<b>34</b> Rio de Mouro; <b>21</b> Algueirão-Mem Martins	<b>752</b> Algueirão-Mem Martins; <b>136</b> UF de Queluz e Belas; <b>27</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e



									Montelavar; <b>21</b> Rio de Mouro;
USF Monte da Lua	0	0	1	224	UF de Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	0	0	UF de São João das Lampas e Terrugem	UF de São João das Lampas e Terrugem
USF Monte da Luz	22	1228	2271	3949	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Queluz e Belas	UF de Queluz e Belas	<b>2269</b> UF de Queluz e Belas; <b>2</b> UF de Agualva e Mira-Sintra	<b>2768</b> UF de Queluz e Belas; <b>989</b> Casal Cambra; <b>98</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; <b>94</b> UF de Agualva e Mira-Sintra
USF Natividade	0	0	0	25	Algueirão-Mem Martins	0	0	0	<b>22</b> Sintra (São Pedro de Penaferrim); <b>3</b> Rio de Mouro
USF São Marcos	0	1	1	7	UF de Cacém e São Marcos	0	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão
USF Tapada	0	0	0	145	Algueirão-Mem Martins	0	0	0	Rio de Mouro
USF Terra	0	0	0	0	UF de São João das Lampas e Terrugem	0	0	0	0
Total	22	1243	2773	11339					

Anexo 25 - População real abrangida pelas UCSP do concelho de Sintra, através do perfil de transporte público da população com média ou elevada dificuldade

Unidades funcionais	(-) 05 min	(-) 10 min	(-) 15 min	(-) 30 min	Área de influência	Freg. 05 min	Freg. 10 min	Freg. 15 min	Freg. 30 Min
UCSP Algueirão	0	0	0	1524	Algueirão-Mem Martins	0	0	0	<b>1518</b> UF Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim); <b>6</b> Rio de Mouro
UCSP Rio de Mouro	0	0	22	2203	Rio de Mouro	0	0	Algueirão-Mem Martins	<b>1842</b> Algueirão-Mem Martins; <b>361</b> UF Sintra (Santa Maria, São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)
UCSP Casal de Cambra	0	0	0	67	Casal de Cambra	0	0	0	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar
UCSP Agualva	0	0	0	99	UF de Agualva e Mira-Sintra	0	0	0	UF de Queluz e Belas
UCSP Almargem do Bispo	0	0	0	0	UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	0	0	0	0
UCSP Olival	0	0	24	1620	UF de Agualva e Mira-Sintra; UF de Cacém e São Marcos	0	0	Rio de Mouro	<b>1419</b> Rio de Mouro; <b>71</b> Algueirão-Mem Martins; <b>65</b> UF Sintra (São Pedro De Penaferrim); <b>48</b> UF de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; <b>11</b> UF de Queluz e Belas; <b>6</b> UF de Massamá e Monte Abraão
UCSP Belas	404	1127	966	3344	UF de Queluz e Belas	UF de Massamá e Monte Abraão	UF de Massamá e Monte Abraão	<b>964</b> UF de Massamá e Monte Abraão; <b>2</b> UF de Agualva e Mira-Sintra	<b>3233</b> UF de Massamá e Monte Abraão; <b>111</b> UF de Agualva e Mira-Sintra
UCSP Queluz	0	0	0	173	UF de Queluz e Belas	0	0	0	<b>148</b> UF de Cacém e São Marcos; <b>16</b> UF de Massamá e Monte Abraão; <b>9</b> Rio de Mouro
UCSP Terrugem/S.	0	0	0	0	UF de São João das	0	0	0	0

João Lampas - Pólo São João das Lampas					Lampas e Terrugem				
UCSP Terrugem/S. João Lampas - Pólo Terrugem	0	0	0	411	UF de São João das Lampas e Terrugem	0	0	0	Sintra (Santa Maria, São Miguel)
Total	404	1127	1012	9441					

## Anexo 26 – Inquérito aplicado



Instituto de Geografia  
e Ordenamento do Território  
UNIVERSIDADE DE LISBOA



Inquérito por questionário à mobilidade das pessoas idosas (Projecto Grampcity – PTDC/GES-TRA/32121/2017)

Nome entrevistador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020. Hora início: \_\_\_\_ h \_\_\_\_

Entrevistado: ☐ O próprio ☐ Outro (indicar relação/parentesco)

Freguesia (resid.): \_\_\_\_\_

Concelho (resid.): \_\_\_\_\_

Código postal (7 dígitos – resid.): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Vou pedir-lhe um conjunto de informações sobre si e o seu agregado familiar	Ind. 1 (próprio)	Ind. 2	Ind. 3	Ind. 4	Ind. 5
1. Sexo (H / M)					
2. Que idade tem? (Indicar o valor do próprio, e a seguir do mais velho ao mais novo)					
3. Estado civil: Casado/União de facto: 1; Solteiro: 2; Separado/Divorciado: 3; Viúvo/a: 4					
4. Grau de Parentesco: Cônjuge: 1; Filho/a: 2; Pai: 3; Mãe: 4; Nenhum: 5; Outro: especificar	Próprio				
5. Grau de Instrução: Não sabe ler nem escrever: 1; 1º ciclo do EB (1º - 4º anos): 2; 2º ciclo do EB (até 9º ano ou curso técnico): 3; Ensino secundário (10º - 12º anos) ou pós-secundário (especialização tecnológica não superior): 4; Licenciatura completa: 5; Mestrado completo: 6; Doutoramento completo: 7; NSNR: 8					
6. Situação Socioprofissional principal: Ativo com prof.: 1; Desempregado <1 ano: 2; Desempregado ≥1 ano: 3; Pensionista (idade): 4; Pensionista (Incapacidade): 5; Outra: especificar: 6; NSNR: 7					

<p>7. Qual o tipo de alojamento em que reside?</p> <p><input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Parte de casa (compartilhada, quarto)</p> <p><input type="checkbox"/> Moradia <input type="checkbox"/> Pensão residencial</p> <p><input type="checkbox"/> NSNR <input type="checkbox"/> Outra situação: _____</p> <p>8. Em que andar vive? [Se viver em mais do que um (moradia 2 pisos ou duplex por ex.), indicar o mais baixo]</p> <p><input type="checkbox"/> Cave <input type="checkbox"/> R/C <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º ou mais</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Com elevador <input type="checkbox"/> Sem elevador</p> <p>10. Tem um espaço exterior em casa?</p> <p><input type="checkbox"/> Quintal <input type="checkbox"/> Jardim <input type="checkbox"/> Varanda ou pátio com plantas <input type="checkbox"/> Não</p> <p>11. Em relação à sua casa, das situações seguintes, qual corresponde melhor à sua situação?</p> <p><input type="checkbox"/> Proprietário (ou casal ou cônjuge é)</p> <p><input type="checkbox"/> Arrendatário (senhorio particular)</p> <p><input type="checkbox"/> Arrendatário (hab. pública, hab. social)</p> <p><input type="checkbox"/> Hospedado em casa de familiar ou amigo</p> <p><input type="checkbox"/> Subarrendado (partes de casa, quarto)</p> <p><input type="checkbox"/> Outra situação, qual: _____</p>	<p>12. De uma forma geral, como é que o dinheiro do seu agregado familiar se encontra no final do mês?</p> <p><input type="checkbox"/> Não chega para as necessidades <input type="checkbox"/> É mesmo à justa</p> <p><input type="checkbox"/> Sobra algum dinheiro <input type="checkbox"/> NSNR</p> <p>13. Em relação aos transportes, tem passe social?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>14. Tem automóvel?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, que conduz</p> <p><input type="checkbox"/> Não, mas alguém que vive comigo tem automóvel</p> <p><input type="checkbox"/> Não, mas eu tenho (ou mais alguém que vive comigo tem) outro tipo de veículo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> NSNR</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

15-22. Vou ler-lhe um conjunto de afirmações. Diga se concorda com elas.	Concordo	NCND	Discordo	NSNR
De uma forma geral, os meus vizinhos são pessoas confiáveis e disponíveis para ajudar	1	2	3	4
Durante o confinamento, os meus vizinhos estiveram mais disponíveis do que habitualmente para ajudar	1	2	3	4
É seguro caminhar no meu bairro/zona de resid./vizinhança durante a noite	1	2	3	4
É fácil caminhar no meu bairro/zona de resid./vizinhança (qualidade do passeio, presença de obstáculos...)	1	2	3	4
É fácil estacionar no meu bairro/zona de resid./vizinhança	1	2	3	4
Existe no meu bairro/zona de resid./viz. um parque/jardim ou um sítio/largo (onde as pessoas podem ficar a conversar, jogar cartas, conviver na rua...)	1	2	3	4
O meu bairro/zona de resid./vizinhança é bem servido de transportes públicos	1	2	3	4
O meu bairro/zona de resid./vizinhança é bem servido de lojas alimentares (supermercados, mercearias...)	1	2	3	4

[Instruções para explicar “confinamento”: quando toda a população teve de ficar em casa (a partir de Março) por decisão do governo para travar o vírus]

<b>23-24. Durante o período de confinamento...</b>	Melhorou muito	Melhorou	Ficou igual	Piorou	Piorou muito	NSNR
A qualidade do seu sono...	1	2	3	4	5	6
A sua alimentação...	1	2	3	4	5	6

<b>25-31. Diga se concorda ou discorda com as afirmações seguintes. Durante o período de confinamento...</b>	Concordo	NCND	Discordo	NSNR
Tive mais tempo para cuidar de mim ou para fazer coisas que não tinha tempo ou possibilidade de fazer	1	2	3	4
Os meus familiares estiveram mais presentes	1	2	3	4
Senti-me mais ansioso e deprimido	1	2	3	4
Conheço um familiar ou vizinho que esteve infetado	1	2	3	4
Fiquei preocupado com a possibilidade de ter de recorrer às minhas poupanças para fazer face aos gastos correntes	1	2	3	4
Tive uma consulta que foi desmarcada por causa do COVID-19	1	2	3	4
Tive receio de sair de casa (para ir a consultas, às compras...)	1	2	3	4

<p><b>32. Durante o confinamento, teve alguma ajuda para ir comprar medicamentos ou alimentos? [várias respostas possíveis]</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Sim, dos familiares ou amigos    <input type="checkbox"/> Sim, dos vizinhos  <input type="checkbox"/> Sim, de associações voluntárias    <input type="checkbox"/> Sim, apoio ao domicílio (CM, JF, IPSS)  <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> NSNR </p> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <th style="width: 30%;">33-36. Durante o confinamento, diga se lhe aconteceu pelo menos uma vez :</th> <th style="width: 10%;">Sim, aconteceu</th> <th style="width: 10%;">Não aconteceu</th> <th style="width: 10%;">NSNR</th> </tr> <tr> <td>Não ter acesso a alimentos porque não tinha como ir às compras</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Não poder ir a uma consulta (ou exame/análises) por não ter como ir</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Não ter acesso a medicamentos por não ter como ir à farmácia</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Não poder efetuar o pagamento de faturas, por não ter como deslocar-se</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	33-36. Durante o confinamento, diga se lhe aconteceu pelo menos uma vez :	Sim, aconteceu	Não aconteceu	NSNR	Não ter acesso a alimentos porque não tinha como ir às compras	1	2	3	Não poder ir a uma consulta (ou exame/análises) por não ter como ir	1	2	3	Não ter acesso a medicamentos por não ter como ir à farmácia	1	2	3	Não poder efetuar o pagamento de faturas, por não ter como deslocar-se	1	2	3	<p><b>37. De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Muito bom    <input type="checkbox"/> Bom    <input type="checkbox"/> Razoável  <input type="checkbox"/> Mau    <input type="checkbox"/> Muito mau    <input type="checkbox"/> NSNR </p> <p><b>38. Considera que caminha...</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Sem dificuldade    <input type="checkbox"/> Com baixa dificuldade    <input type="checkbox"/> Com média dificuldade  <input type="checkbox"/> Com elevada dificuldade    <input type="checkbox"/> Não caminha    <input type="checkbox"/> NSNR </p> <p><b>39. Tem alguma doença crónica ou algum problema prolongado, diagnosticada pelo seu médico?</b>  [Se sim] indicar (próprio): _____</p> <p><b>40. E o seu cônjuge?</b>  Indicar: _____</p>
33-36. Durante o confinamento, diga se lhe aconteceu pelo menos uma vez :	Sim, aconteceu	Não aconteceu	NSNR																		
Não ter acesso a alimentos porque não tinha como ir às compras	1	2	3																		
Não poder ir a uma consulta (ou exame/análises) por não ter como ir	1	2	3																		
Não ter acesso a medicamentos por não ter como ir à farmácia	1	2	3																		
Não poder efetuar o pagamento de faturas, por não ter como deslocar-se	1	2	3																		

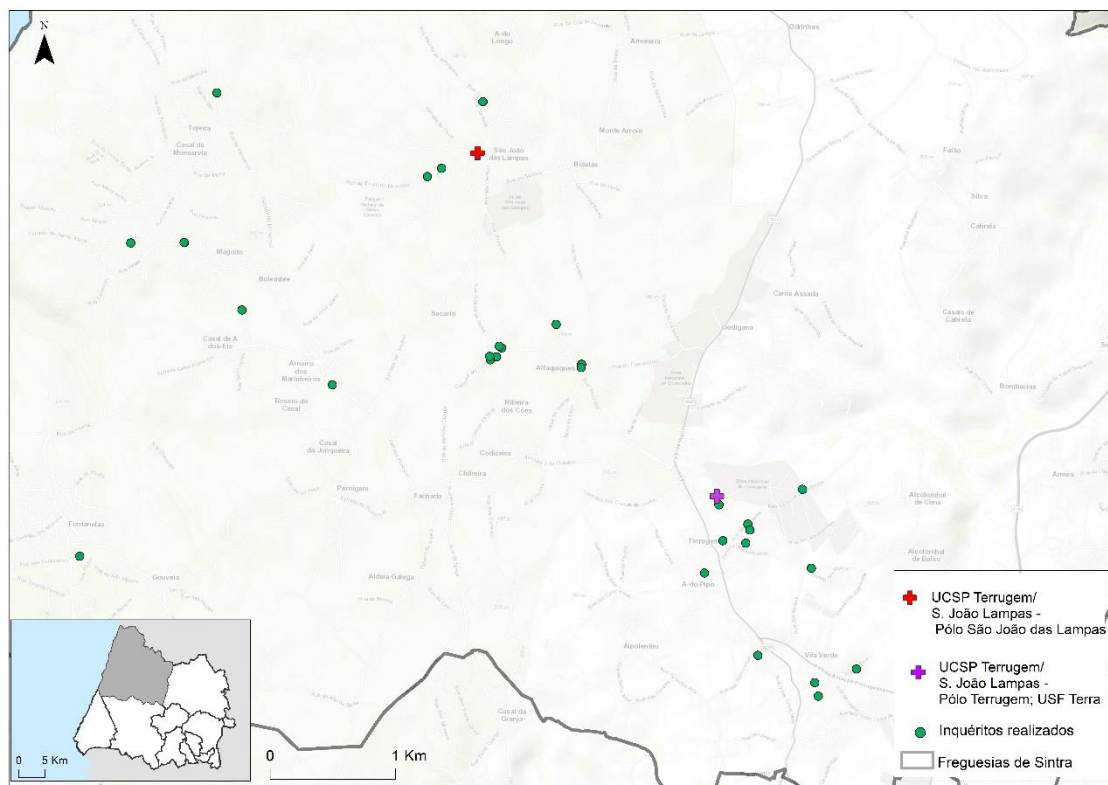
41-60.	Antes do confinamento, costumava comunicar à distância com outras pessoas através de...					E hoje (Set-Out) ...				
	Diariam.	Semanalm.	Menos frequent.	Nunca	Ajuda: Com / Sem	Diariam.	Semanalm.	Menos frequent.	Nunca	Ajuda: Com / Sem
Telefone/telemóvel	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S
Sms/whatsapp/messenger	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S
E-mail	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S
Video-chamada	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S
Outros (indicar):	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S	1	2	3	4	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S

61-180.		Antes do confinamento				E hoje (Set-Out)...		
Antes do confinamento, [se saía de casa], saía para...	Quantas vezes por semana?	Modo de deslocação principal	Tempo de deslocação (modo principal)	Onde:	Quantas vezes por semana?	Mudou de modo de deslocação?	[Se mudou de modo]	Onde:
<i>[Instrução inquiridor: completar linha por linha antes do confinamento e depois; não percorrer todos os motivos "antes" para depois voltar a percorrer os motivos "hoje"]</i>	Todos os dias: 1 4-6 x/sem: 2 1-3 x/sem: 3 15 em 15 dias: 4 1x/mês: 5 3 em 3 meses: 6 Nunca: 7 Nunca: 8	A pé: 1 Bicicleta: 2 Scooter de mobilidade: 3 Motociclo: 4 Carro: 5 Transporte público (autocarro, comboio, barco – qual?) Táxi: 7 Outro: 8 Qual? Não se desloca: 9	<10 min: 1 10-19 min: 2 20-29 min: 3 30-59 min: 4 >60 min: 5	Área de residência: 1 Freguesia: 2 Outra freguesia: 3 Outro Município: 4	Todos os dias: 1 4-6 x/sem: 2 1-3 x/sem: 3 15 em 15 dias: 4 1x/mês: 5 3 em 3 meses: 6 Nunca: 7 Nunca: 8	Se sim: A pé: 1 Bicicleta: 2 Scooter de mobilidade: 3 Motociclo: 4 Carro: 5 Transporte público (autocarro, comboio, barco – qual?) Táxi: 7 Outro: 8 Qual? Não se desloca: 9	Tempo de deslocação (modo principal) <10 min: 1 10-19 min: 2 20-29 min: 3 30-59 min: 4 >60 min: 5	Área de residência: 1 Freguesia: 2 Outra freguesia: 3 Outro Município: 4
Ir trabalhar								
Compras alimentares								
Comprar medicamentos								
Pagar contas/faturas								
Levantar dinheiro								
Ir a consultas/tratamentos médicos								
Ir ao cabeleireiro/ barbeiro								
Ir a restaurantes/pastelarias								
Ir à missa ou outro culto religioso								
Ir a uma associação/centro de dia/Universidade sénior/centro de convívio/dança/desporto								
Ir a uma área verde/jardim/beira-rio/mar/espacos de convívio ao ar livre								
Ir passear a sítos diferentes dos que foram referenciados anteriormente								
Visitar familiares								
Ir buscar/levar netos à escola								
Cuidar de horta/quintal/espaco exterior (fora de casa)								
Caminhada								

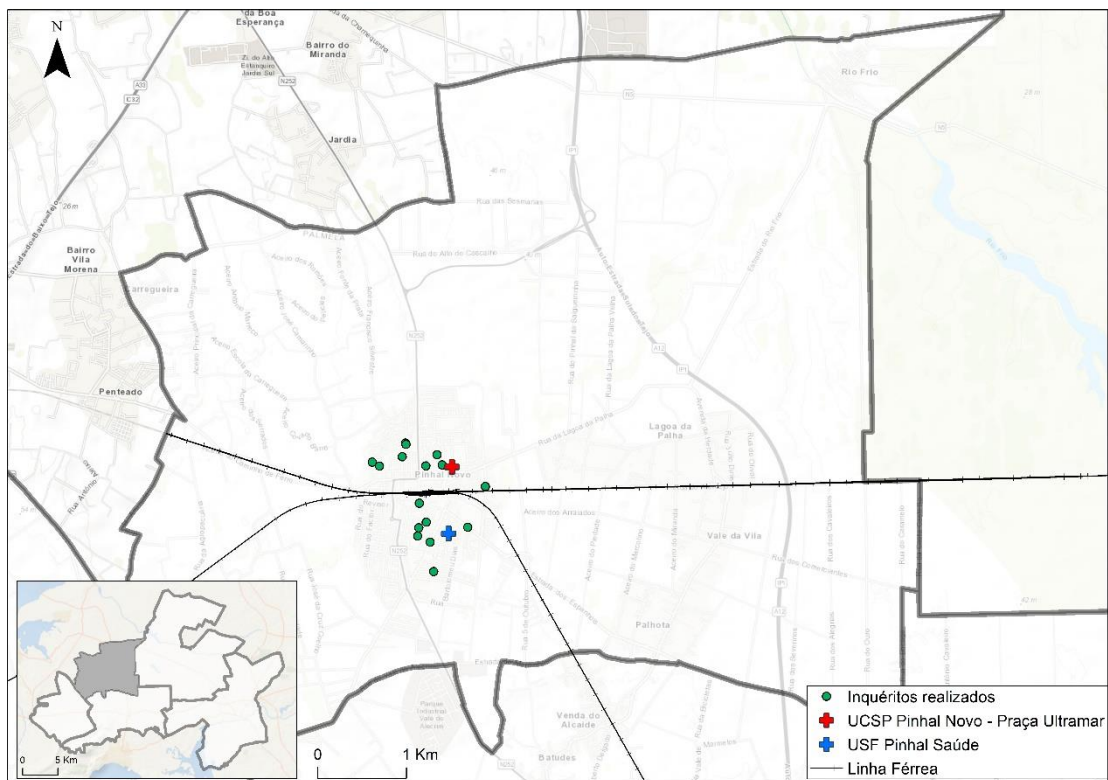
<b>181. No geral, saí agora de casa:</b> <input type="checkbox"/> Muito mais do que antes do confinamento <input type="checkbox"/> Um pouco mais do que antes do confinamento <input type="checkbox"/> De forma igual <input type="checkbox"/> Um pouco menos do que antes do confinamento <input type="checkbox"/> Muito menos do que antes do confinamento <input type="checkbox"/> NSNR	<b>182. As mudanças que nos referiu no que respeita à/s [referir as atividades onde se verificaram mudanças nos padrões de mobilidade] tiveram consequências no seu bem-estar?</b> <input type="checkbox"/> Consequências muito positivas <input type="checkbox"/> Consequências positivas <input type="checkbox"/> Nenhuma consequência <input type="checkbox"/> Consequências negativas <input type="checkbox"/> Consequências muito negativas <input type="checkbox"/> NSNR	<b>183. Daqui a um ano, pensa que irá sair de casa:</b> <input type="checkbox"/> Muito mais do que antes do confinamento <input type="checkbox"/> Mais do que antes do confinamento <input type="checkbox"/> Igual ao que antes do confinamento <input type="checkbox"/> Um pouco menos do que antes do confinamento <input type="checkbox"/> Muito menos do que antes do confinamento <input type="checkbox"/> NSNR
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>184. O que é que gostaria de ver alterado no seu bairro / zona de resid. / vizinhança que lhe facilitasse as suas deslocações fora de casa? Pode indicar até 3 coisas.</b>  1. _____ 2. _____ 3. _____	Hora de fim da entrevista: _____ h _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------

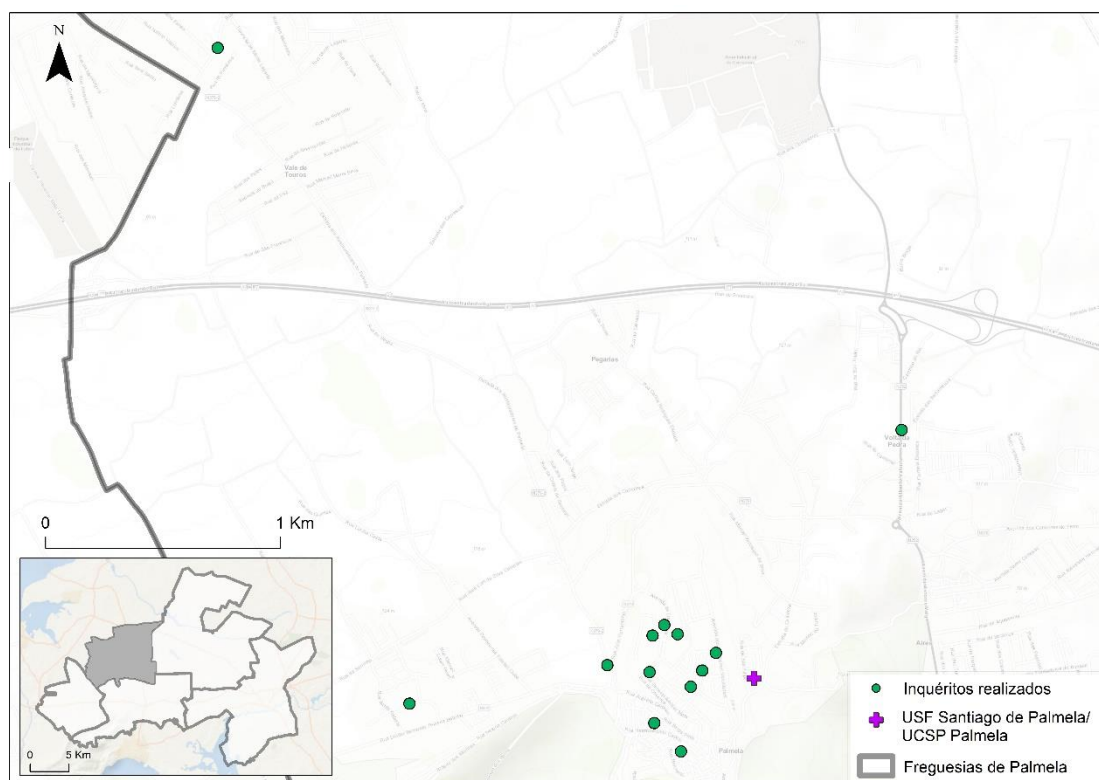
## Anexo 27 – Distribuição da população inquirida na UF de São João das Lamas e Terrugem



## Anexo 28 – Distribuição da população inquirida na freguesia de Pinhal Novo



## Anexo 29 – Distribuição da população inquirida na freguesia de Palmela



## Anexo 30 – Variações entre a população potencial e a população realmente abrangida residente no concelho de Palmela, que se descola em modos suaves

Unidade Tempos	Pedonal com velocidade 3,5 km/h			Pedonal com velocidade 1,6 km/h			Bicicleta		
	USF	UCSP	Ambas	USF	UCSP	Ambas	USF	UCSP	Ambas
<5 min	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%
[05 - 10]	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	1,3%	1,3%
[10 - 15]	0,0%	0,5%	0,5%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	1,9%	1,9%
[15 - 30]	0,0%	2,5%	2,5%	0,0%	1,0%	1,0%	0,0%	3,6%	3,4%
> 30	0,0%	3,3%	3,3%	0,0%	1,2%	1,2%	0,0%	7,2%	7,0%
Σ	0,0%	6,7%	6,7%	0,0%	2,4%	2,4%	0,0%	14,5%	14,0%

## Anexo 31 – Variações entre a população potencial e a população realmente abrangida residente no concelho de Palmela, que se descola em modos motorizados

Unidade Tempos	Automóvel			TP e caminha a 3,5 km/h			TP e caminha a 1,6 km/h		
	USF	UCSP	Ambas	USF	UCSP	Ambas	USF	UCSP	Ambas
<5 min	1,7%	6,5%	6,3%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
[05 - 10]	15,6%	2,7%	2,7%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%
[10 - 15]	8,0%	0,6%	0,6%	0,0%	1,2%	1,1%	0,0%	0,1%	0,1%
[15 - 30]	10,3%	0,8%	0,7%	0,0%	7,5%	8,1%	0,1%	2,5%	2,2%
> 30	35,6%	10,5%	10,3%	0,0%	9,0%	9,6%	0,1%	2,7%	2,4%
Σ	71,2%	21,1%	20,6%	0,0%	18,0%	19,1%	0,2%	5,3%	4,8%



Anexo 32 – Variações entre a população potencial e a população realmente abrangida residente no concelho de Sintra, que se descola em modos suaves

Unidade Tempos	Pedonal com velocidade 3,5 km/h			Pedonal com velocidade 1,6 km/h			Bicicleta		
	USF	UCSP	Ambas	USF	UCSP	Ambas	USF	UCSP	Ambas
<5 min	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%
[05 - 10]	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,5%	3,6%	0,7%
[10 - 15]	0,4%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,6%	2,6%	1,8%
[15 - 30]	9,6%	3,9%	2,1%	0,5%	2,8%	0,0%	9,8%	11,4%	4,5%
> 30	10,0%	7,8%	2,2%	0,5%	2,8%	0,0%	19,9%	19,0%	7,0%
Σ	20,1%	15,7%	4,4%	1,1%	5,7%	0,1%	39,7%	37,9%	14,0%

Anexo 33 – Variações entre a população potencial e a população realmente abrangida residente no concelho de Sintra, que se descola em modos motorizados

Unidade Tempos	Automóvel			TP e caminha a 3,5 km/h			TP e caminha a 1,6 km/h		
	USF	UCSP	Ambas	USF	UCSP	Ambas	USF	UCSP	Ambas
<5 min	15,1%	12,7%	6,1%	0,2%	2,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%
[05 - 10]	8,1%	16,1%	3,1%	4,0%	3,1%	0,3%	2,4%	2,2%	0,0%
[10 - 15]	1,4%	3,2%	0,4%	9,0%	5,4%	2,2%	5,4%	2,0%	0,6%
[15 - 30]	0,6%	1,6%	0,4%	13,5%	15,7%	5,2%	22,0%	18,3%	12,1%
> 30	25,0%	33,6%	10,0%	26,7%	26,1%	7,6%	29,8%	23,2%	12,7%
Σ	50,1%	67,1%	20,0%	53,4%	52,2%	15,3%	59,5%	46,4%	25,5%